

AVIS D’AFFILIATION

Profmed

Entreprise :

Plan de base Plan pour cadres/complémentaire Autre :

DONNEES PERSONNELLES DE L'ASSURE(E)

Nom et prénom : Date de naissance :

N° AVS : Sexe : masculin féminin

Profession : E-mail :

Adresse :

Téléphone :

Etat civil : célibataire marié(e) divorcé(e) veuf(ve)

lié(e) par un partenariat enregistré partenariat dissous

Si marié(e) ou lié(e) par un partenariat enregistré, date du mariage/du partenariat :

Prénom du conjoint/partenaire: Date de naissance :

Si divorcé(e) ou partenariat dissous, date du divorce/de la dissolution du partenariat :

Enfants (si âgés de moins de 25 ans) : Prénom Date de naissance

.....

.....

.....

ENTREE DANS L'ASSURANCE

Date d'entrée :

Salaire AVS annuel : CHF

Taux d'activité : %

Si le salaire AVS dépasse CHF 240'000.-
Remarque : , l'assuré(e) recevra un état de santé à compléter.

(Si emploi temporaire ou saisonnier, convertir le salaire fractionné en salaire annuel)

COORDONNEES ANCIEN EMPLOYEUR/ANCIENNE INSTITUTION DE PREVOYANCE

Raison sociale et adresse de l'ancien employeur Raison sociale et adresse de l'ancienne caisse Année

de pensions

.....

.....

.....

CAPACITE DE TRAVAIL

La personne à assurer dispose-t-elle de sa pleine capacité de travail ? oui non

La personne à assurer touche-t-elle une rente de l'assurance invalidité fédérale ? oui non

Si oui, degré de la rente : %

La personne à assurer était-elle soumise à une condition aggravée d'affiliation auprès de l'ancienne institution de prévoyance ? oui non

Lieu, date : Timbre, signature de l'employeur :