

## DEMANDE D'ADHÉSION (FORMULAIRE POUR L'EMPLOYEUR)

### Entreprise

No de l'entreprise (Exemple : 123000) : \_\_\_\_\_ Rue, no : \_\_\_\_\_  
Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_ NPA, lieu : \_\_\_\_\_

### Preneur de prévoyance

Nom : \_\_\_\_\_ Sexe : masculin féminin  
Prénom : \_\_\_\_\_ Langue : allemand(e)  
Rue, no : \_\_\_\_\_ français(e)  
NPA, lieu : \_\_\_\_\_ italien(ne)  
Pays : \_\_\_\_\_ Etat civil : célibataire veuf(ve)  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ marié(e) / partenariat enregistré  
Numéro AVS : \_\_\_\_\_ Date du mariage / date de la conclusion : \_\_\_\_\_  
E-Mail : \_\_\_\_\_ Date de naissance de l'époux / partenaire : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ divorcé(e) / partenariat enregistré dissolu(e)

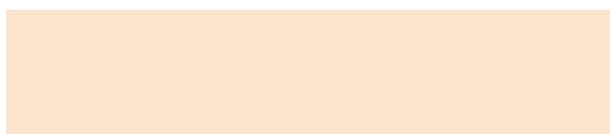
### Entré en service

Date d'entrée : \_\_\_\_\_  
Début d'assurance : \_\_\_\_\_  
Département / Catégorie : \_\_\_\_\_  
Salaire annuel AVS présumé CHF : \_\_\_\_\_  
Taux d'occupation : \_\_\_\_\_ %  
La personne à assurer dispose-t-elle actuellement de sa pleine capacité de travail ? Oui  
Non  
Degré d'invalidité : \_\_\_\_\_ %

Remarques : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lieu, date

Entreprise affiliée (Timbre / Signature)



Vollständig

Erfassung

Datum

Visum

Schlusskontrolle