



Employeur :

Contrat n° :

Données personnelles de l'assuré(e)

Nom :

Date de naissance :

Prénom :

Sexe : masculin féminin

N° AVS :

Profession :

Adresse postale :

E-mail :

N° téléphone :

Langue : Français Allemand Anglais Italien

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 :

Nom et 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) : Nom et prénom

Date de naissance

Entrée dans l'assurance

Date d'entrée :

Plan de prévoyance :

Salaire AVS annualisé : CHF

Taux d'activité : %

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

Coordonnées ancien employeur/ancienne institution de prévoyance

Raison sociale et adresse de
l'ancien employeur

Raison sociale et adresse de
l'ancienne caisse de pensions

Année

Capacité 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

Date :

Timbre, signature de l'employeur :