

Fondation de prévoyance de l'Association Profmed & Libera

Employeur : ..... Contrat n° : .....

---

**Données personnelles de l'assuré(e)**

Nom et prénom : ..... Date de naissance : .....

No AVS : .....

Adresse : .....

Etat civil :  célibataire     marié(e)     divorcé(e)     veuf(ve)  
 lié(e) par un partenariat enregistré     partenariat dissous

---

**Indications au sujet de la sortie**

Date de la sortie (salaire versé jusqu'au) : .....

Salaire annuel déclaré :                      CHF.....

L'assuré est-il en incapacité de travail des suites d'une maladie ou d'un accident ?     oui     non

Si oui, donnez quelques détails (dates, causes, etc.) : .....

.....

.....

---

Date : .....                      Timbre,  
signature de l'employeur : .....