

Avis d'entrée

Employeur

Raison sociale: _____ N° de contrat: _____

Personne assurée

Nom: _____ N° assurance sociale: 756. _____

Prénom: _____ Date de naissance: _____

Adresse: _____ Etat civil: _____

NPA/localité: _____ Date du mariage (LPart): _____

Nationalité: _____ Profession: _____

Langue de correspondance: FR DE IT EN Sexe: H F

Données contractuelles

Début du contrat: _____

Salaire AVS annualisé: _____

Taux d'activité en %: _____

Plan / cercle d'assuré: _____

La personne à assurer est-elle actuellement et au moment où débute
l'assurance en pleine capacité de travail? oui non

L'embauche intervient-elle suite à un reclassement par l'assurance-invalidité (AI)? oui non

Remarques

L'employeur complète les données ci-dessus et appose sa signature.

Par sa signature, l'employeur confirme avoir répondu complètement et conformément à la vérité aux questions susmentionnées. En cas de fausses déclarations ou déclarations incomplètes, les prestations sur-obligatoires peuvent être refusées par la fondation. La fondation se réserve le droit d'examiner l'admission sur la base des renseignements obtenus.

Lieu et date:

Timbre et signature de l'employeur:
