

Affilié n° : _____ Nom de l'employeur : _____

DONNÉES PERSONNELLES DE L'ASSURÉ(E)

Nom : _____	Prénom : _____
N° AVS : 756. _____	Date de naissance : _____ Sexe : ☐ M ☐ F
État civil : _____	Date du mariage / partenariat enregistré : _____
Rue, N° : _____	NPA, localité : _____
E-mail : _____	Langue du certificat de prévoyance : ☐ Français ☐ Allemand ☐ Anglais

ENTRÉE DE L'ASSURÉ(E)

Date de début des rapports de travail : _____

Salaire annuel déclaré : CHF _____
(si l'assujettissement prend effet en cours d'année, salaire ANNUELISÉ)

Taux d'activité : _____ %
(uniquement si l'employeur a demandé la gestion du taux d'activité)

Catégorie de personnel : _____
(si votre affiliation en comporte plusieurs, par exemple: collaborateurs, cadres, direction,...)

Précédent employeur : _____

L'employeur soussigné confirme que l'assuré(e) précité(e) jouit de sa pleine capacité de travail à la date du début des rapports de travail, et qu'il ne bénéficie pas de mesure de réadaptation de l'AI, à défaut il doit remplir la rubrique suivante:

Degré d'incapacité de travail : _____ % Degré d'invalidité : _____ % Type de mesure AI : _____

MODIFICATION DES DONNÉES CONTRACTUELLES DE L'ASSURÉ(E)

Plusieurs choix possibles : ☐ Salaire ☐ Taux d'activité ☐ Catégorie de personnel

Date d'effet de la/des modification(s) : _____

Salaire annuel déclaré : CHF _____
(si la modification prend effet en cours d'année, salaire ANNUELISÉ)

Taux d'activité : _____ %
(uniquement si l'employeur a demandé la gestion du taux d'activité)

Catégorie de personnel : _____
(uniquement si vous annoncez un changement de catégorie)

L'employeur soussigné confirme que l'assuré(e) précité(e) jouit de sa pleine capacité de travail à la date d'effet de la/des modification(s), et qu'il ne bénéficie pas de mesure de réadaptation de l'AI, à défaut il doit remplir la rubrique suivante:

Degré d'incapacité de travail : _____ % Degré d'invalidité : _____ % Type de mesure AI : _____

MODIFICATION DES DONNÉES PERSONNELLES DE L'ASSURÉ(E)

Plusieurs choix possibles : ☐ État civil ☐ Nom ☐ Adresse

Nouvel état civil : _____ Date : _____

Nouveau nom : _____ Nouvelle adresse : _____

Email : _____ NPA, localité : _____

SORTIE DE L'ASSURÉ(E)

Date de la fin des rapports de travail : _____ Cas de licenciement : ☐ Oui

Cas de départ forcé (départ lié à des raisons économiques) : ☐ Oui

Cas de décès : ☐ Oui, assuré(e) décédé(e) le : _____

L'assuré(e) est-il/elle incapable de travailler pour des raisons de santé : ☐ Non ☐ Oui, dès le : _____

Le soussigné certifie que toutes les indications ci-dessus sont exactes et complètes. Il confirme également avoir autorisé pour signer le présent document et prend connaissance du fait qu'en cas de données incorrectes ou incomplètes, la Caisse peut, dans le cadre des dispositions légales et réglementaires, réduire, voire refuser des prestations, ainsi que faire valoir des prétentions en dommages et intérêts.

Lieu et date : _____

Timbre et signature(s) valide(s)