



N° employeur : _____

DEMANDE D’AFFILIATION FIP-BC

PERSONNE À ASSURER

| | |
|------------------------------------|--|
| Nom : _____ | Prénom : _____ |
| Date de naissance : _____ | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme N° AVS : _____ |
| Etat civil : _____ | Date du mariage / partenariat enregistré : _____ |
| Adresse exacte : _____ | |
| N° postal : _____ | Lieu : _____ |
| Salaire brut annuel AVS: Fr. _____ | Début de l’affiliation : _____ |
| Degré d’activité : _____ % | |

Nom de l’employeur : _____

Lieu et date: _____

Timbre et signature de l’employeur: _____

QUESTIONS ADRESSÉES À LA PERSONNE À ASSURER

| Déclaration de santé | Oui | Non |
|---|--|--------------------------|
| • Jouissez-vous actuellement de votre pleine capacité de travail ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous subi une incapacité de travail, partielle ou totale, supérieure à trois semaines, pour cause de maladie ou d’accident, au cours des 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Souffrez-vous, à votre connaissance, bien que jouissant de votre pleine capacité de travail, d’une infirmité, d’une maladie ou des suites d’un accident ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous ou avez-vous eu droit durant les trois dernières années à une rente d’invalidité de l’AI ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui: <input type="checkbox"/> ¼ rente <input type="checkbox"/> ½ rente <input type="checkbox"/> ¾ rente <input type="checkbox"/> 1/1 rente Dégré d’invalidité: _____ % | | |
| <i>Le fonds se réserve le droit de demander à la personne à assurer de remplir un questionnaire sur la santé qui lui sera adressé personnellement.</i> | | |
| Je déclare avoir répondu en toute conscience et confirme que les indications ci-dessus sont exactes et complètes. J’autorise le fonds à recueillir auprès des médecins qui m’ont soigné ou examiné, ainsi qu’auprès de tiers tous renseignements utiles à l’examen du risque lors de l’admission et à la détermination du droit aux prestations lors d’un sinistre. Les informations concernant mon état de santé seront données confidentiellement au médecin-conseil du fonds. | | |
| Lieu et date: _____ | Signature du candidat à l’assurance: _____ | |

742-02-10-iv-05.12 INTERNET