



N° employeur : \_\_\_\_\_

## DEMANDE D’AFFILIATION FIP-GIM-CH

### 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	Degré d’invalidité : _____ %	

*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.*

**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 : \_\_\_\_\_

742-02-23-iv-05.12-#H8FB9H