



N° employeur : _____

DEMANDE D’AFFILIATION FIP-LPP

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 ¹⁾ : Fr. _____		Début de l’affiliation : _____	
Degré d’activité : _____ %			

¹⁾ Salaire annuel comprenant le 13^{ème} salaire et/ou une éventuelle gratification convenue.

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 : _____

742-02-02-iv-05.12 INTERNET