



N° employeur : _____

DEMANDE D’AFFILIATION

.....FIP!CdHja UZj UfJUbH’

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 rente Degré 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 :	
_____	_____	

742-02-08-iv-05.12