Fonds interprofessionnel de prévoyance

N° employeur : _____

DEMANDE D'AFFILIATION
FIP-MODULA VARIANTE 4

PERSONNE À ASSURER

Nom : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____ ☐ Homme ☐ 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 13ème 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 ?	☐	☐
• 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 ?	☐	☐
• 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 ?	☐	☐
• Avez-vous ou avez-vous eu droit durant les trois dernières années à une rente d'invalidité de l'AI ?	☐	☐

Si oui : ☐ ¼ rente ☐ ½ rente ☐ ¾ rente ☐ 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 :

_____ _____

742-02-03-iv-05.12

Route du Lac 2 | 1094 Paudex | Case postale 1215 | 1001 Lausanne | T +41 (0)58 796 32 01 | F +41 (0)58 796 33 11 | info@fip.ch | www.fip.ch
CCP 10-20600-6 | POFICHBEXXX | CH21 0900 0000 1002 0600 6