

## Demande d'affiliation pour salariés

No d'affiliation : \_\_\_\_\_ Employeur / Médecin : \_\_\_\_\_

### DONNÉES PERSONNELLES DU SALARIÉ(E)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexe  F  H

Rue, no \_\_\_\_\_ NPA, lieu \_\_\_\_\_

No AVS 756. \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_

État civil  célibataire  marié(e)  lié(e) par partenariat enregistré  divorcé(e)  veuf/veuve

Date de mariage \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Date de naissance du conjoint \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### INDICATIONS CONCERNANT L'ASSURANCE

Début d'affiliation (*seulement possible pour le début d'un mois*) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Salaire annuel annoncé CHF \_\_\_\_\_

Taux d'occupation \_\_\_\_\_ %

Plan de prévoyance \_\_\_\_\_

(indiquer le n° d'offre, la nomenclature du plan ou la catégorie du personnel)

Nom et adresse de l'institution de prévoyance précédente :

### SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

L'employeur soussigné confirme l'exactitude et l'intégralité des indications ci-dessus.

Lieu et date

Timbre et signature de l'employeur



No d'affiliation : \_\_\_\_\_

Employeur / Médecin : \_\_\_\_\_

## DÉCLARATION DE SANTÉ (À COMPLÉTER PAR LA PERSONNE À ASSURER)

Possédez-vous, lors de votre affiliation, votre pleine capacité de travail ?  Oui  Non

Souffrez-vous ou avez-vous souffert durant les 5 dernières années de troubles de la santé ou des suites d'un accident, d'une maladie ou d'une infirmité congénitale ?  Oui  Non

Etes-vous au bénéfice de prestations en raison d'une incapacité de gain d'une assurance nationale ou étrangère (AI, LAMal, LAA ; LPP) ou une demande a-t-elle été déposée ?  Oui  Non

Si oui, taux d'invalidité \_\_\_\_\_ % Depuis quand ? (*joindre précision*) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Existait-il une réserve pour des raisons de santé auprès de votre institution de prévoyance précédente ?  Oui  Non

## SIGNATURE

**La personne à assurer confirme l'exactitude et l'intégralité des indications ci-dessus.**

\_\_\_\_\_  
Lieu et date

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom

\_\_\_\_\_  
Signature du salarié(e)

Vos données personnelles sont traitées conformément à la notice de confidentialité qui est disponible sur <https://aromed.ch/politique-de-confidentialite/>. La notice de confidentialité décrit notamment vos droits en matière de traitement de vos données ainsi que les coordonnées de notre conseiller à la protection des données.

