

Employeur _____ Contrat n° _____

Données relatives à la personne à assurer

Prénom _____ Nom _____

Date de naissance _____ Sexe masculin féminin

Profession _____ N° AVS 756. _____

Etat civil célibataire marié(e) divorcé(e) veuf(ve) séparé(e)
lié(e) par un partenariat partenariat enregistré

Si marié(e) ou séparé(e), date du mariage ou du partenariat enregistré _____

Conjoint/Partenaire enregistré/Concubin* : Nom et prénom _____

Date de naissance _____

*Lorsque un concubin doit être annoncé, il est impératif de nous faire parvenir le formulaire «Annonce de concubinage»

Rue et n° _____

NPA Localité _____

Téléphone _____ Courriel _____

Données relatives à l'engagement

Date d'admission _____

Cercle d'assurés plan base plan cadre autre _____

Salaire annuel AVS _____ (convertir le salaire fractionné en annuel)

Taux d'occupation _____ % Statut salarié indépendant

Données relatives à la capacité de travail

La personne à assurer est-elle bénéficiaire d'une rente AI ? oui * non

La personne à assurer est-elle en reclassement AI ? oui * non

* si oui, veuillez joindre une copie de la dernière décision AI

La personne à assurer dispose-t-elle de sa pleine capacité de travail ? oui non *

* si non, la personne à assurer doit remplir une déclaration de santé et l'envoyer à notre service médical

Lieu et date_____
Timbre et signature de l'employeurCe document signé est à nous retourner par courrier postal ou par courriel ccap@ccap.ch