

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](mailto:ccap@ccap.ch)