



DEMANDE D’AFFILIATION

N° employeur : _____

PERSONNE À ASSURER

Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : _____	N° AVS : _____ Sexe (H/F) : _____
Etat civil : _____	Date du mariage ou partenariat enregistré : _____
E-mail : _____	N° tél. : _____
Adresse exacte : _____	
N° postal : _____	Localité : _____
Salaire AVS brut annualisé ¹⁾ : Fr. _____	Début d’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 ?	<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"/> 1/1 rente Degré d’invalidité: _____ %		

vitem's 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 vitem's 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 de vitem's.

Lieu et date: _____ Signature du candidat à l’assurance: _____