



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 :
