

DEMANDE D’AFFILIATION

Veuillez s.v.p. envoyer cette déclaration sans tarder

Données personnelles

Nom : _____ Prénom : _____
Rue : _____ N°: _____
NPA : _____ Localité : _____
Sexe : femme homme Etat civil : marié-e célibataire divorcé-e
 veuf-ve lié par un partenariat enregistré
Date de naissance : _____ N° AVS _____

Données salariales

Entrée en service le : _____ Fonction : _____
Taux d'occupation : _____
Traitement annuel soumis AVS
au taux d'occupation (y.c. 13^{ème} salaire) : CHF _____
Divers : _____

Situation familiale

Conjoint / Partenaire enregistré :

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Date de mariage : _____
Date du partenariat enregistré : _____

Enfants :

Prénoms	Date de naissance
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____
4) _____	_____

Lieu et date :

Timbre et signature de l'employeur :