

EMPLOYEUR

No de convention : No de collectif (si existant) :
 Raison sociale :

PERSONNE À ASSURER

Date d'affiliation : Date de naissance :

Nom : Prénom :

Etat civil: célibataire marié(e) lié(e) par partenariat enregistré au sens de la LPart
 divorcé(e)* veuf(ve)* * s'applique par analogie au partenariat enregistré (LPart)

N° AVS : Date du mariage / part.enreg. :

demande du no AVS en cours

Sexe : homme femme Date de naissance du conjoint :

Choix du plan (si existant) : Salaire annuel déterminant (calculé pour une année complète): CHF

Taux d'activité : %

Langue : français allemand anglais Profession :

Adresse privée :

Téléphone : E-mail :

Nom et adresse de l'employeur précédent :

Nom et adresse de l'institution de prévoyance précédente :

Données relatives à la capacité de travail

1. La personne à assurer est-elle, à la date de l'affiliation, en incapacité de travail (même partielle)? oui non
2. A la date de l'affiliation, la personne à assurer est-elle au bénéfice de prestations de l'Assurance invalidité (AI) ou une demande a-t-elle été / va-t-elle être déposée auprès de cet office ? oui non

Si oui, taux d'invalidité déterminé par l'AI : %
 (joindre une copie de la décision AI)

Lieu et date :

Timbre et signature de l'employeur :

A RETOURNER A :

AVENA - Fondation BCV 2e pilier
c/o Banque Cantonale Vaudoise
Case postale 300
1001 Lausanne