

N° employeur : _____

Route du Lac 2
1094 Paudex
Case postale 1215
1001 Lausanne

DEMANDE D'ADHESION

Tél. 021 796 32 01
Fax. 021 796 33 11

CCP 10-11680-8

www.previva.ch
info@previva.ch

N° Direct
021 796 34 64

PERSONNE À ASSURER

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Homme Femme N° AVS : _____
Etat civil : _____ Date du mariage / partenariat enregistré : _____
Adresse exacte : _____
N° postal : _____ Lieu : _____
Salaire brut annuel AVS¹⁾ : Fr. _____ Début de l'affiliation : _____
Degré d'activité : _____ %
Engagement avec contrat de travail : ordinaire sur appel

¹⁾ Salaire annuel comprenant le 13^{ème} salaire et/ou une éventuelle gratification convenue

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 : _____ %		

Le fonds 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 le fonds 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 du fonds.

Lieu et date :

Signature du candidat à l'assurance: