

**AVITEX Fondation de prévoyance en faveur des membres de l'association
SWISS FASHION STORES et de leur personnel**

Demande d'affiliation

Employeur

Personne à assurer (à compléter par l'employeur)

Nom

Prénom

Adresse

Code postal

Ville

Sexe

 Masculin Féminin

Etat civil

 Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve)
 Lié(e) par un partenariat enregistré Partenariat dissout

Date de naissance

Date de naissance du conjoint

N° AVS

Nombre d'enfants à charges ¹

¹ Enfants mineurs ou de moins de 25 ans s'ils sont en études

Début de l'affiliation ²

² Début des rapports de travail du 1 au 15 du mois : Affiliation au 1^{er} jour du mois en cours
Début des rapports de travail du 16 au 31 du mois : Affiliation au 1^{er} jour du mois suivant

Salaire brut annuel AVS ³

³ Salaire annuel comprenant le 13^e salaire et/ou la gratification convenue

Lieu

Date

Signature de l'employeur

Capacité de travail (à compléter par la personne à assurer)

	Oui	Non
Etes-vous au bénéfice de votre pleine capacité de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous droit à une rente d'invalidité de l'assurance-invalidité (AI) ? Si oui, degré d'invalidité : <input type="text"/> %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existait-il une réserve pour raison de santé dans votre dernière institution de prévoyance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je déclare avoir répondu en toute conscience et confirme que les indications ci-dessus sont exactes et complètes. J'ai pris note que la Fondation, respectivement son réassureur, se réserve le droit de me demander, ainsi qu'à mon médecin traitant, de remplir un questionnaire de santé.

Lieu

Date

Signature de la personne à assurer