

Formulaire entrée à la Fondation collective AVENIRPLUS

Entrée au _____

Employeur _____

Personne à assurer

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ N° d'ass. soc. _____

Rue _____ NPA / Lieu _____

Etat civil _____ Etat civil depuis _____

Sexe _____ Langue _____

Données salariales / taux d'occupation

Salaire annuel AVS _____

Plan de prévoyance _____

Taux d'occupation % _____

Taux d'invalidité % _____

La personne à assurer est-elle en pleine capacité de travail ? ☐ oui ☐ non

La personne à assurer est-elle bénéficiaire d'une prestation auprès d'une autre assurance sociale (AI, LAA, LAM, assurance sociale étrangère) ? ☐ oui ☐ non

Prestation de libre passage / Accession à la propriété du logement

Ancien employeur _____

Ancienne caisse de pension _____

Un retrait anticipé a-t-il eu lieu ? ☐ oui ☐ non

Si oui, montant et date _____

La prestation de libre passage ou des prétentions ont-elles été mises en gage ? ☐ oui ☐ non

Si oui, montant et date _____

Lieu et date

Timbre et signature de l'employeur