



Affilié n°: \_\_\_\_\_ Nom de l'employeur: \_\_\_\_\_

## DONNÉES PERSONNELLES DE L'ASSURÉ(E)

Nom: _____	Prénom: _____
N° AVS: 756. _____	Date de naissance: _____ Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
État civil: _____	Date du mariage/partenariat enregistré: _____
Rue, N°: _____	NPA, localité: _____
E-mail: _____	Langue du certificat de prévoyance: <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Anglais

## ENTRÉE DE L'ASSURÉ(E)

Date de début des rapports de travail: _____	
Salaire annuel déclaré: CHF _____ <i>(si l'assujettissement prend effet en cours d'année, salaire ANNUALISÉ)</i>	Taux d'activité: _____ % <i>(uniquement si l'employeur a demandé la gestion du taux d'activité)</i>
Catégorie de personnel: _____ <i>(si votre affiliation en comporte plusieurs, par exemple: collaborateurs, cadres, direction,...)</i>	Précédent employeur: _____

L'employeur soussigné confirme que l'assuré(e) précité(e) jouit de sa pleine capacité de travail à la date du début des rapports de travail, et qu'il ne bénéficie pas de mesure de réadaptation de l'AI, à défaut il doit remplir la rubrique suivante:

Degré d'incapacité de travail: _____ %	Degré d'invalidité: _____ %	Type de mesure AI: _____
--	-----------------------------	--------------------------

## MODIFICATION DES DONNÉES CONTRACTUELLES DE L'ASSURÉ(E)

Plusieurs choix possibles:  Salaire  Taux d'activité  Catégorie de personnel

Date d'effet de la/des modification(s): _____	
Salaire annuel déclaré: CHF _____ <i>(si la modification prend effet en cours d'année, salaire ANNUALISÉ)</i>	Taux d'activité: _____ % <i>(uniquement si l'employeur a demandé la gestion du taux d'activité)</i>
Catégorie de personnel: _____ <i>(uniquement si vous annoncez un changement de catégorie)</i>	

L'employeur soussigné confirme que l'assuré(e) précité(e) jouit de sa pleine capacité de travail à la date d'effet de la/des modification(s), et qu'il ne bénéficie pas de mesure de réadaptation de l'AI, à défaut il doit remplir la rubrique suivante:

Degré d'incapacité de travail: _____ %	Degré d'invalidité: _____ %	Type de mesure AI: _____
--	-----------------------------	--------------------------

## MODIFICATION DES DONNÉES PERSONNELLES DE L'ASSURÉ(E)

Plusieurs choix possibles:  État civil  Nom  Adresse

Nouvel état civil: _____	Date: _____
Nouveau nom: _____	Nouvelle adresse: _____
Email: _____	NPA, localité: _____

## SORTIE DE L'ASSURÉ(E)

Date de la fin des rapports de travail: _____	Cas de licenciement: <input type="checkbox"/> Oui
	Cas de départ forcé (départ lié à des raisons économiques): <input type="checkbox"/> Oui
	Cas de décès: <input type="checkbox"/> Oui, assuré(e) décédé(e) le: _____
L'assuré(e) est-il/elle incapable de travailler pour des raisons de santé: _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, dès le: _____

Le soussigné certifie que toutes les indications ci-dessus sont exactes et complètes. Il confirme également avoir autorisé pour signer le présent document et prend connaissance du fait qu'en cas de données incorrectes ou incomplètes, la Caisse peut, dans le cadre des dispositions légales et réglementaires, réduire, voire refuser des prestations, ainsi que faire valoir des prétentions en dommages et intérêts.

Lieu et date: \_\_\_\_\_

Timbre et signature(s) valide(s)

Agences	Bulle	Rue Condémine 56	T 026 919 87 40
	Fribourg	Rue de l'Hôpital 15	T 026 350 33 79
	Neuchâtel	Av. du 1 <sup>er</sup> -Mars 18	T 032 727 37 00
	Porrentruy	Ch. de la Perche 2	T 032 465 15 80

**Siège de l'Administration de la Caisse**  
Rue de Saint-Jean 67 – Case postale – 1211 Genève 3  
T 058 715 31 11 – ciepp@fer-ge.ch – www.ciepp.ch