



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

## DONNÉES PERSONNELLES DE L'ASSURÉ(E)

**Nom:** \_\_\_\_\_ **Prénom:** \_\_\_\_\_  
N° AVS: 756. \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_ Sexe:  M  F  
État civil: \_\_\_\_\_ Date du mariage/partenariat enregistré: \_\_\_\_\_  
Rue, N°: \_\_\_\_\_ NPA, localité: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Langue du certificat de prévoyance:  Français  Allemand  Anglais

## ENTRÉE DE L'ASSURÉ(E)

Date de début des rapports de travail: \_\_\_\_\_  
Salaire annuel déclaré: CHF \_\_\_\_\_ Taux d'activité: \_\_\_\_\_ %  
*(si l'assujettissement prend effet en cours d'année, salaire ANNUALISÉ)* *(uniquement si l'employeur a demandé la gestion du taux d'activité)*  
Catégorie de personnel: \_\_\_\_\_ Précédent employeur: \_\_\_\_\_  
*(si votre affiliation en comporte plusieurs, par exemple: collaborateurs, cadres, direction,...)*  
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 \_\_\_\_\_ Taux d'activité: \_\_\_\_\_ %  
*(si la modification prend effet en cours d'année, salaire ANNUALISÉ)* *(uniquement si l'employeur a demandé la gestion du taux d'activité)*  
Catégorie de personnel: \_\_\_\_\_  
*(uniquement si vous annoncez un changement de catégorie)*  
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:  Oui  
Cas de départ forcé (départ lié à des raisons économiques):  Oui  
Cas de décès:  Oui, assuré(e) décédé(e) le: \_\_\_\_\_  
L'assuré(e) est-il/elle incapable de travailler pour des raisons de santé:  Non  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