

Demande d'assurance complémentaire EPL

Employeur:

Membre n°:

Choix du plan

Avec / sans couverture accidents:

1. Données personnelles de la personne assurée

Numéro d'assurance sociale

Nom, prénom

Rue, n°

NPA, localité

Date de naissance:

Etat civil:

Date de la conclusion du mariage / de l'enregistrement du partenariat:

2. Début de l'assurance:

jour/ mois/ année

3. Rente annuelle assurée (arrondie à CHF 1000):

CHF

4. Employeur

Les cotisations à l'assurance complémentaire sont entièrement à la charge de l'assuré. L'employeur prend acte du fait qu'il doit virer les cotisations à l'organe de gestion.

Signature de l'employeur:

5. Le salarié à assurer déclare que, actuellement, il

dispose de sa pleine capacité de travail ne dispose pas de sa pleine capacité de travail est invalide au sens de l'AI**

* Prière de joindre un certificat médical ** Prière de joindre la décision de l'AI

Lieu, date

Signature de la personne assurée