

Demande d'affiliation à la prévoyance professionnelle (2^e pilier)

CoOpera
Fondation collective PUK
Galgenfeldweg 16
3006 Bern

T 031 922 28 22
info@coopera.ch
www.coopera.ch

Attention : remet tous
les champs du formulaire
à vide!

Ouvre la boîte de
dialogue « Imprimer ».

Prépare un e-mail avec
le formulaire rempli.

Employeur affilié _____ Inst.-N° _____

Données de la personne à assurer

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ Sexe f m

Etat civil _____ Etat civil depuis le _____

Entrée en service _____ Début de l'assurance _____

N° AVS _____ Langue _____

Adresse _____

NPA _____ Lieu _____

Salaire annuel AVS _____ Degré d'occupation _____ %

Arrivée depuis l'étranger? oui non

Si oui, quand? _____

De quel pays? _____

Déclaration de l'employeur/institution

La personne à assurer jouit-elle actuellement – ou jouissait-elle
en début d'assurance – de son **entière capacité de travail**? oui non

Si non, pour quelle raison? _____

Le collaborateur touche-il une rente d'invalidité de l'assurance
invalidité fédérale, fait-il l'objet d'une mesure de réinsertion
ou des mesures d'instruction de l'AI sont-elles en cours? oui non

CoOpera Fondation collective PUK
Galgenfeldweg 16
3006 Bern

CoOpera Fondation collective PUK
Galgenfeldweg 16
3006 Bern

Liste d'adresses pour enveloppes C5