

FORMULE D'ADHÉSION

pour le personnel d'administration et/ou d'exploitation Prévoyance professionnelle - 2^{ème} pilier LPP

Sans l'envoi de la formule d'adhésion, aucune prestation n'est assurée

1. No entr.: _____ No affilié : _____ Profession (voir codes au verso) : _____

2. No AVS : _____ Date de naissance : _____

3. Nom : _____ Prénom : _____

4. Etat civil : célibataire marié(e) séparé(e) divorcé(e) veuf(ve)

_____ Date du mariage : _____ Date du divorce : _____

5. Adresse : _____

_____ NPA/Lieu : _____ Tél. : _____

6. Salaire actuel : _____ heure/mois _____ Taux d'activité (%) : _____

7. Date d'entrée en service auprès de l'employeur soussigné : _____

8. Date de l'affiliation auprès de notre Fondation : _____

Etes-vous déjà assujetti à la prévoyance professionnelle : oui non
si oui, nom et adresse de la Fondation d'assurances

S'il s'agit d'un transfert de la prévoyance professionnelle de mon employeur auprès de la Fondation FMVB, j'accepte ce transfert.

Etes-vous en incapacité de gain et/ou en traitement médical ou avez-vous été (en cas de demande d'affiliation rétroactive) en incapacité de gain et /ou en traitement médical depuis la date de demande d'affiliation jusqu'à ce jour ?

oui (si oui, joindre un certificat médical) non

Genre de maladie ou accident

La cotisation sur le salaire AVS est supportée par moitié par l'employeur et par le travailleur.

La personne à assurer autorise son employeur à déduire du salaire la cotisation à sa charge et à la verser à la Fondation de la Métallurgie Vaudoise du Bâtiment.

Les indications mentionnées sous chiffres 1 à 8, ont été contrôlées et trouvées exactes.

Timbre et signature de l'employeur

Signature de la personne à assurer

Lieu et date