

FICHE D'ENGAGEMENT PERSONNEL D'ADMINISTRATION

AVS Meroba No 111
 Agence de Lausanne
 e-mail : meroba@sqip.ch

34, rue du Maupas - cp 279 - 1001 Lausanne
 ☎ 021 647.24.25 - 📠 021 646.39.03
www.mevauba.ch

A compléter par la caisse :
 Nouveau
 Déjà assuré

No Entreprise : **No d'employé :** **Classe salaire** (codes sur internet) :

Nom - Nom de jeune fille :

No AVS :

Profession :

Prénom :

Date de naissance :

Taux d'activité % :

Adresse :

Etat civil :

NP & localité :

précisez la date si marié(e), partenariat enregistré ou divorcé(e)

Canton/Pays :

Nbre d'enfants à charge (jusqu'à 25 ans révolus) :

No téléphone :

Salaire brut de base : heure / mois

Nationalité :

Mode de paiement :

Permis de séjour :

Compte IBAN Poste/Banque :

Employeur précédent :

Nom + adresse Banque :

Du/au :

Date d'entrée dans l'entreprise :

Prévoyance professionnelle (II^{ème} Pilier)

La cotisation en % du salaire est supportée moitié par mon employeur et par moi-même. Mon employeur a connaissance qu'il doit verser ma part et la sienne à la Caisse de compensation FRMB dès mon entrée en service. J'autorise mon employeur à déduire de mon salaire la cotisation à ma charge.

Souhaitez-vous affilier votre employé(e) au II^{ème} pilier auprès de notre Fondation? **Oui** **Non**

Êtes-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.

Êtes-vous actuellement en incapacité de gain et/ou en traitement médical? **Oui** **Non**

Si oui, veuillez envoyer un certificat médical à FMVB, à l'attention du médecin-conseil, cp 279, 1001 Lausanne

Apprenti-es**Perte de gain maladie Groupe Mutuel (Var 1 ou 2) - Apprentis-es d'exploitation -**

Souhaitez-vous affilier votre apprenti(e) pour la perte de gain maladie? **Oui** **Non**

Perte de gain maladie Groupe Mutuel (Var A ou B) - Apprentis-es projeteur, commerce et bureau -

Souhaitez-vous affilier votre employé(e) pour la perte de gain maladie? **Oui** **Non** **Si oui, Police no :**

Temporaire - Employés-es d'exploitation -**Perte de gain maladie Groupe Mutuel (Var 1 ou 2)**

Souhaitez-vous affilier votre employé(e) pour la perte de gain maladie? **Oui** **Non**

Certifié exact : **Timbre et signature de l'entreprise :**

Lieu et date :

Signature du travailleur :