



CAISSE DE PREVOYANCE
DU DIOCESE DE SION

VORSORGEKASSE
DES BISTUMS SITTEN

case postale 965
CH-1920 MARTIGNY 1

tél. 027 720 37 03
c.c.p. 19-417-4

Avis d'entrée

Employeur : _____

N° du contrat: _____

NPA/Localité: _____

Catégorie (s'il y a lieu) : _____

Personne à assurer

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

No AVS :

Etat civil :

Date du mariage :

Profession:

Langue (F/A/I) :

Nationalité :

Permis de séjour :

Adresse complète :

Date d'entrée :

Salaires AVS annuel : Fr.

Taux d'activité, en % :

Pour les personnes indépendantes au sens de l'AVS, revenu annuel assuré : Fr.

La personne à assurer jouit-elle de sa pleine capacité de travail ?

oui non

La personne à assurer reçoit-elle des indemnités journalières ou des rentes de l'AI, de la LAA, e l'AM ou d'autres assureurs ?

oui non

Si oui, de qui :

Degré d'invalidité, en %:

Joindre une copie de la décision.

Lieu et date:

Signature et timbre de l'employeur:
