

Annexe à la convention d'adhésion/Cas de prestations

Ce formulaire doit êtr prévoyance ou si tout								s de l'a	ncienne institution de
Employeur					Lieu/Canton				
N° d'entreprise					Valable dès le				
\square Affiliation avec in	ndépendant	s 🗆 Af	filiation avec	emp	loyés				
Cas d'incapacité de (également des perso				silié a	u cours des	12 derniers	s mois)		
Date de Cas annoncé naissance depuis le			Cas terminé le (si encore ouvert, ne pas remplir)		Suite à maladie	Suite à accident	définitive		Montant annuel de la rente d'invalidité (CHF)
							<u> </u>		
pas de cas d'inca	apacité de tr	avail et/ou	d'invalidité	jusqu	'à présent				
Rente de vieillesse	et/ou du sı	ırvivants e	en cours						
Date de naissance				Début du droit à la rente		Rente annuel en CHF			
							······		
\square pas de prestation	ns de vieille	sse et/ou d	e survivants	en co	ours jusqu'a	à présent			
L'institution précéd	lente								
Nom					Personne de contact				
Rue/N°					NPA/Lieu				
Téléphone					E-Mail				
Remarques									
Lieu/date					Timbre e	et signatu	re de l'emplo	yeur	

L'employeur soussigné (ou fondation/caisse de pensions) confirme l'exactitude et l'intégralité des données ci-dessus et autorise Medpension, à se renseigner auprès de l'assureur de prévoyance professionnelle actuel/précédent.

(Page 2, pour l'impression et comme page de couverture pour l'envoi avec une enveloppe à fenêtre)

Medpension vsao asmac Brunnhofweg 37 Case postale 319 3000 Berne 14 Medpension vsao asmac Brunnhofweg 37 Case postale 319 3000 Berne 14