Fiche assuré

1. Renseignements personnels

☐ Madame ☐ Monsieur

N° AVS		Téléphone fixe	
Nom		Téléphone mobile	
Prénom		E-mail	
Adresse		Nationalité	
NPA, Lieu		Langue	
Né-e le		Pays domicile	
Etat civil		Permis de séjour	
Depuis le		Valable du	au

2. Reinseignements liés à l'activité

Employeur	
NPA, Lieu	
Date début emploi	
Profession	
Genre de salaire	
Salaire	
Taux d'occupation en %	
Taux d'invalidité en %	
Date fin emploi	
Motif	

3. Affiliation assurance maladie

Assurance perte de gain souhaitée	☐ oui	☐ non
Assurance des soins souhaitée	☐ oui	☐ non

Lieu et date _____ Signature _____

Association valaisanne des entrepreneurs
Walliser Baumeisterverband
Rue de l'Avenir 11
Case postale 62 - 1951 Sion
T +41 27 327 32 32
F +41 27 327 32 82 - 83
www.ave-wbv.ch
info@ave-wbv.ch