

Hôpital

Demande d'admission employeur

Monsieur	Madame	Titre	
Nom		Prénom	
Rue			
NPA, localité			
Date de naissance		Numéro d'assurance sociale 756.	
Langue	All. Fr.	Numéro personnel	
État civil	Célibataire	Marié/e	Divorcé/e
	Partenariat enregistré	Partenariat dissout	Veuf/ve
Date du mariage / de l'enregistrement du partenariat			
Début de l'assurance		Taux d'occupation (%)	
Salaire/honoraires à assurer par an		Honoraires bruts-> avant déduction cotisation employeur	
La personne à assurer dispose-t-elle de sa pleine capacité de travail?		Oui	Non

Est considérée comme ne disposant **pas** de sa pleine capacité de travail toute personne qui au début de l'assurance

- est partiellement ou totalement empêchée de travailler pour des raisons médicales,
- perçoit des indemnités journalières en raison d'une maladie ou d'un accident ou a déjà été déclarée auprès d'une assurance,
- touche une rente d'invalidité,
- ne peut plus, pour des raisons médicales, exercer à plein temps une activité lucrative correspondant à sa formation.

Lieu/date

Tampon et signature de l'hôpital