

Mise en pension

Données personnelles de l'assuré(e)

Nom				
Prénom				
N° AVS	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
E-mail	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>	
Adresse	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
Etat civil	<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> marié(e)	<input type="checkbox"/> divorcé(e)	<input type="checkbox"/> veuf(ve)
	<input type="checkbox"/> lié(e) par un partenariat enregistré	<input type="checkbox"/> partenariat dissous		
Sexe	<input type="checkbox"/> masculin	<input type="checkbox"/> féminin		

Partenaire

Si marié(e) ou lié(e) par un partenariat enregistré, date du mariage / du partenariat	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Prénom du conjoint / partenaire	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Si divorcé(e) ou partenariat dissous, date du divorce / de la dissolution du partenariat	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Enfants (si âgés de moins de 25 ans)

Prénom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Coordonnées de paiement

(Veuillez joindre un bulletin de versement ou un relevé d'identité bancaire)

IBAN	<input type="text"/>
Devise	<input checked="" type="checkbox"/> CHF <input type="checkbox"/>
Banque / Poste	<input type="text"/>
NPA, Lieu	<input type="text"/>
Titulaire du compte	<input type="text"/>

Mise en pension

Annexes à joindre impérativement

- photocopie d'une pièce d'identité
- attestation d'études ou d'apprentissage pour le(s) enfant(s) susmentionné(s) de plus de 18 ans

Signature

J'autorise la poste ou la banque à retourner à la Fondation Collective Opcion les prestations versées à tort et, lorsque l'inscription a déjà été faite, à porter le montant au débit de mon compte.

J'ai pris bonne note de l'annonce à l'administration fédérale des contributions de la prestation versée.

Date	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu	<input type="text"/>								
	<input type="text"/>								

Signature de l'assuré(e)