

FICHE D'ANNONCE

Electricité

Nom	:	_____	No entreprise	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Prénom	:	_____	Nom entreprise	:	_____
Adresse	:	_____	Profession du travailleur	:	_____
NPA / Localité	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____	Date d'entrée dans l'entreprise	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
No de tél.	:	_____	Taux d'activité dans l'entreprise	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
Nationalité	:	_____	Durée du contrat	:	<input type="checkbox"/> indéterminée <input type="checkbox"/> déterminée jusqu'au : _____
Etat civil	:	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> divorcé	Salaire de base	:	horaire : Fr. _____ constant : Fr. _____ mensuel : Fr. _____
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"/>	Codes professionnels	:	<input type="checkbox"/> PT Patron / Chef d'entreprise / Associé <input type="checkbox"/> PT Personnel technique (cadres techniques, maîtrisés, dessinateurs) <input type="checkbox"/> PA Personnel administratif <input type="checkbox"/> MF Contremaître avec maîtrise fédérale <input type="checkbox"/> ST Spécialiste Télécom (télématicien) <input type="checkbox"/> BC Contrôleur (brevet fédéral) <input type="checkbox"/> CC Chef de chantier <input type="checkbox"/> ME Monteur-électricien <input type="checkbox"/> AM Aide-monteur <input type="checkbox"/> ML Monteur de lignes (sans CFC) <input type="checkbox"/> DE Dessinateur-électricien <input type="checkbox"/> MA Manœuvre <input type="checkbox"/> FM Femme de ménage <input type="checkbox"/> AP Apprenti <input type="checkbox"/> ET Etudiant (moins de 2 mois) / Stagiaire
No AVS	:	<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"/>		:	
Permis de séjour	:	_____ L/B/C/G/N/F		:	
Nombre d'enfants jusqu'à 25 ans révolus (en formation) le cas échéant, remplir une demande d'allocations familiales	:	<input type="text"/> <input type="text"/>		:	
Compte bancaire ou postal	:	_____		:	
Nom et Localité	:	_____		:	
N° IBAN	:	_____		:	

Contrat collectif assurance-maladie perte de gain AMCAB
A remplir uniquement pour les entreprises affiliées au Bureau des Métiers pour la perte de gain maladie

Le collaborateur est affilié pour la perte de gain en cas de maladie, selon le bulletin d'adhésion signé par l'entreprise.

Pour le personnel non soumis à la CCT, la couverture assurance-maladie perte de gain est facultative.
Si vous ne souhaitez pas assurer votre collaborateur pour la perte de gain maladie, veuillez cocher la case ci-dessous :

Ne doit pas être assuré

Date : _____
Timbre et signature de l'employeur : _____