

Annonce à la prévoyance LPP

Employeur:	<input type="text"/>
N° de l'employeur (membre):	<input type="text"/>
Personne de contact:	<input type="text"/>
N° téléphone:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>

1. Données personnelles

Nom:	<input type="text"/>
Prénom:	<input type="text"/>
Date de naissance:	<input type="text"/>
Rue, n°, NPA, localité:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Mobile:	<input type="text"/>
Mail:	<input type="text"/>
Langue (DE/FR/IT):	<input type="text"/>
Sexe:	<input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin
Etat civil:	<input type="text"/>
Date de la conclusion du mariage / de l'enregistrement du partenariat:	<input type="text"/>
N° AVS:	<input type="text"/>

2. Choix du plan

Plan de base LPP Indépendant / cadre

3. a) Date d'entrée chez l'employeur (Jour/Mois/Année)	<input type="text"/>
b) Taux d'occupation en	<input type="text"/>

Salaires soumis à l'AVS extrapolé sur une année entière, y compris la gratification et le 13e salaire:

CHF

4. Employeur précédent (nom et adresse):

Institution de prévoyance précédente:

5. La personne à assurer jouit-elle actuellement et au début de l'assurance de son entière capacité de travail?

Oui Non

(Si la réponse est NON, la personne à assurer doit compléter un questionnaire de santé séparé.)

Est considérée comme ne disposant pas de son entière capacité de travail toute personne qui

- est partiellement ou entièrement dans l'incapacité de travailler pour des raisons de santé,
- touche des indemnités journalières en raison d'une maladie ou d'un accident,
- a été annoncée auprès d'une assurance-invalidité étatique,
- touche une rente en raison d'une invalidité totale ou partielle, ou
- ne peut plus, pour des raisons de santé, exercer à plein temps une activité lucrative correspondant à sa formation et à ses capacités.

6. La personne à assurer est-elle invalide au sens de l'AI?

Oui Non

7. Remarques complémentaires:

Lieu, date

Cachet et signature de l'employeur :
