



Personne assurée : _____

N° d'assuré: 756. _____

Questionnaire sur la prévoyance facultative pour indépendants

(Veuillez remplir ce formulaire électroniquement ou lisiblement en caractères d'imprimerie et le signer)

Informations relatives à la personne

No ass. soc.:	_____	Langue:	☐ D	☐ F	☐ I
Nom:	_____	Prénom:	_____		
Sexe:	☐ M ☐ F	Date de naissance:	_____		
Etat civil:	☐ célibataire	☐ marié(e)	☐ Partenariat enregistré		
	☐ veuf/veuve	☐ divorcé(e)	☐ Partenariat dissous		
Date de mariage ou d'enregistrement du partenariat ou de divorce: _____					
Rue, no:	_____				
NPA:	_____	Domicile:	_____		
Téléphone:	_____	Email:	_____		

Adresse de domicile (siège de l'entreprise)

Nom:	_____	Langue:	☐ D	☐ F	☐ I
Rue:	_____	NPA / lieu:	____ / _____		
Téléphone/fax:	_____ / _____	E-mail:	_____		

Données relatives à la relation de prévoyance

- Depuis quand êtes-vous indépendant? _____
(Veuillez joindre la preuve de la caisse de compensation AVS avec le numéro de décompte)
- Etiez-vous déjà auparavant assuré dans le cadre de l'assurance obligatoire pendant au moins 6 mois? ☐ oui ☐ non
Si oui: jusqu'à quelle date? _____
- Données sur le salaire à partir du début de l'assurance** Salaire annuel (en CHF): _____ Valable à partir du: _____
- Souhaitez-vous couvrir des tranches de revenu excédant le salaire maximal LPP (jusqu'à max. CHF 148'200.--)? ☐ oui ☐ non
- Votre entreprise individuelle est-elle enregistrée au RC? ☐ Oui ☐ Non

Remarques: _____

_____	_____	_____
Lieu	Date	Signature