



Personne assurée : _____

N° d'assuré: 756. _____

Questionnaire sur la prévoyance facultative pour indépendants

(Veuillez remplir ce formulaire de manière lisible en lettres majuscules ou à la machine à écrire et nous le retourner dûment complété et signé)

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



Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Fondation institution supplétive LPP
Fondazione istituto collettore LPP

Confidentiel

Fondation institution supplétive LPP
Prévoyance LPP
Elias-Canetti-Strasse 2
Case postale
8050 Zurich
SWITZERLAND

Confidentiel

Fondation institution supplétive LPP
Prévoyance LPP
Elias-Canetti-Strasse 2
Case postale
8050 Zurich
SWITZERLAND

Prévoyance LPP

Nous vous remercions de joindre cette page de garde aux documents que vous nous renvoyez.

Veuillez nous renvoyer vos documents sans les relier (pas de trombones, d'agrafes ni de scotch).

