



Questionnaire pour l'affiliation d'un employeur

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

Adresse de domicile (siège de l'entreprise):

Nom

Rue

NPA/localité

Langue

☐

D

☐

F

☐

I

Numéros de téléphone et de fax

Adresse e-mail

Interlocuteur:

Adresse privée

Prénom, Nom

Rue

NPA/localité

No d'assuré

Langue

☐

D

☐

F

☐

I

Type d'entreprise/branche:

Nom et localité de la caisse de compensation AVS compétente:

Numéro de décompte AVS:

Nom de l'institution de prévoyance et no de contrat

(si une affiliation LPP existait déjà)

Souhaitez-vous recevoir une offre avant la conclusion du contrat?

☐ oui

☐ non

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).

