



Questionnaire pour l'affiliation d'un employeur

L'entreprise à assurer est une:

- Société anonyme Sàrl Société en nom collectif
 Entreprise individuelle / Employeur privé Association

Inscription au RC? oui Non

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 (* et **)

Prénom, Nom _____

Rue _____

NPA/localité _____ / _____

No d'assuré _____

Langue D F I

* Pour une entreprise individuelle ou un employeur privé, il faut impérativement indiquer l'adresse privée et le numéro d'assurance sociale du propriétaire.

** Si l'association n'est pas inscrite au registre du commerce, il faut indiquer l'adresse privée de son président.

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) _____



Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Fondation institution supplétive LPP
Fondazione istituto collettore LPP

Est-ce que toutes les personnes employées dans votre entreprise, assujetties à la
prévoyance obligatoire, seront assurées auprès de la Fondation institution supplétive?
Souhaitez-vous recevoir une offre avant la conclusion du contrat?

oui non

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).

