



Personne assurée : _____

N° d'assuré: 756. _____

Questionnaire pour la prévoyance facultative des salariés dont l'employeur n'est pas soumis à l'AVS

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: _____

Données relatives à la relation de prévoyance

- Depuis quand travaillez-vous pour cet employeur? _____
- 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
- Le risque d'accident doit-il être exclu? oui non
(Si oui, veuillez joindre la preuve de l'assurance conformément à la LAA)
- Depuis quand êtes-vous enregistré(e) comme salarié(e) d'un employeur non soumis à l'AVS? _____
(Veuillez joindre la preuve de la caisse de compensation AVS compétente)

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).

