



## Questionnaire pour l'assurance facultative d'un salarié au service de plusieurs employeurs

### 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: \_\_\_\_\_

### Etat de santé

La personne à assurer déclare qu'elle est

entièrement apte au travail  pas entièrement apte au travail\*  invalide au sens de l'AI à \_\_\_\_%\*\*

Pas entièrement apte au travail/invalide depuis quand: \_\_\_\_\_

\* Veuillez compléter la déclaration d'incapacité de travail

\*\* Veuillez joindre la décision AI

### Remarques

---

---

---

---

---

---

---

Lieu \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Signature de la personne à assurer \_\_\_\_\_

Important: L'assuré ne peut exiger une contribution de l'employeur qu'à la condition d'avoir avisé celui-ci de son adhésion à l'assurance facultative. L'employeur n'est tenu à contribution que pour la période d'assurance postérieure à cet avis.



## Composition du revenu de l'activité lucrative

Indépendant:

Employé:

### Activité principale:

Nom et adresse de l'employeur

Salaire annuel:

Nom: \_\_\_\_\_

Rue, no: \_\_\_\_\_

CHF \_\_\_\_\_

NPA/Domicile: \_\_\_\_\_

Etes-vous obligatoirement assuré(e) par cet employeur? oui \*  non

\* Joindre une copie de votre certificat de prévoyance!

### Activité accessoire:

Nom et adresse de l'employeur

Salaire annuel:

Nom: \_\_\_\_\_

Rue, no: \_\_\_\_\_

CHF \_\_\_\_\_

NPA/Domicile: \_\_\_\_\_

Etes-vous obligatoirement assuré(e) par cet employeur? oui \*  non

\* Joindre une copie de votre certificat de prévoyance!

### Activité accessoire:

Nom et adresse de l'employeur

Salaire annuel:

Nom: \_\_\_\_\_

Rue, no: \_\_\_\_\_

CHF \_\_\_\_\_

NPA/Domicile: \_\_\_\_\_

Etes-vous obligatoirement assuré(e) par cet employeur? oui \*  non

\* Joindre une copie de votre certificat de prévoyance!

### Activité accessoire:

Nom et adresse de l'employeur

Salaire annuel:

Nom: \_\_\_\_\_

Rue, no: \_\_\_\_\_

CHF \_\_\_\_\_

NPA/Domicile: \_\_\_\_\_

Etes-vous obligatoirement assuré(e) par cet employeur? oui \*  non

\* Joindre une copie de votre certificat de prévoyance!

\_\_\_\_\_  
Lieu

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne à assurer



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

**Confidentiel**

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

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).

