



Personne assurée : _____ N° ass. soc. : 756. _____

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

(Veuillez remplir ce formulaire de manière lisible en lettres majuscules et nous l'adresser dûment complété et signé)

Données personnelles

N° ass. soc.: _____ Date de naissance: _____
Nom: _____ Prénom: _____
Sexe: M F Langue: D F I
Etat civil: célibataire marié(e) divorcé(e) veuf/veuve
Partenariat enregistré Partenariat dissous
Date du mariage ou de l'enregistrement ou date du divorce ou de la
dissolution: _____

Adresse privée

Rue et n°: _____ NPA: _____ Domicile: _____
N°s de tél. / fax: _____ / _____
Adresse e-mail _____

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 quand? _____
- 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. Fr. 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: