



Personne assurée : \_\_\_\_\_ N° ass. soc. : 756. \_\_\_\_\_

## Questionnaire sur la prévoyance facultative pour indépendants

(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 \_\_\_\_\_

### Adresse de domicile (siège de l'entreprise)

Nom: \_\_\_\_\_  
Rue: \_\_\_\_\_  
NPA / lieu: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Langue:  D  F  I  
Numéros de téléphone et de fax: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Adresse e-mail \_\_\_\_\_



**Données relatives à la relation de prévoyance**

---

1. Depuis quand êtes-vous indépendant?  
(Veuillez joindre la preuve de la caisse de compensation AVS avec le numéro de décompte) \_\_\_\_\_
2. Etiez-vous déjà auparavant assuré dans le cadre de l'assurance obligatoire pendant au moins 6 mois?  Oui  Non  
Si oui: jusqu'à quand? \_\_\_\_\_
3. Données sur le salaire à partir du début de l'assurance
- | Salaire annuel (en CHF): | Valable à partir du: |
|--------------------------|----------------------|
| _____                    | _____                |
| _____                    | _____                |
4. Souhaitez-vous couvrir des tranches de revenu excédant le salaire maximal LPP (jusqu'à max. Fr. 148'200.--)?  Oui  Non
5. Le risque d'accident doit-il être exclu? (Si oui, veuillez joindre la preuve de l'assurance conformément à la LAA)  Oui  Non
6. Votre entreprise individuelle est-elle enregistrée au RC? Oui Non

**Remarques:**

---

---

\_\_\_\_\_  
Lieu:

\_\_\_\_\_  
Date:

\_\_\_\_\_  
Signature: