



=> Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli et signé ainsi que tous les documents nécessaires à:

Fondation institution supplétive LPP
Prévoyance LPP
Case postale 660
1001 Lausanne

www.aeis.ch
Postfinance
BIC/SWIFT: POFICHBEXX
IBAN: CH16 0900 0000 2549 6891 7

Tel. +41 21 340 63 33
Fax +41 21 340 63 29
Heures de réception Lun - Ven
08:00 - 11:30/13:30 - 16:30

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