



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

Fondation institution supplétive LPP
Prévoyance professionnelle (LPP)
Case postale 660
1001 Lausanne

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

Tel. +41 21 340 63 33
Fax +41 21 340 63 29
Heures d'ouverture lu. - vr.
08:00 - 12:00/ 13:30 - 17:00

Employeur: _____

N° d'affiliation: _____

Annonce d'assuré(e)

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: _____

Entrée dans la société: _____ Contrat de travail ne dépassant pas trois mois;
l'art. 1k OPP2 est réservé

Départ* le _____ (fin du contrat de travail, lorsque la personne ne travaille plus dans la société)

* L'employeur confirme, que lors de la dissolution des rapports de travail, les dispositions du contrat de travail et les dispositions impératives du droit du travail (par ex. art. 336c CO) ont été respectées.

Données sur le salaire (veuillez indiquer toutes les modifications du salaire depuis le début de la prévoyance ou l'entrée dans l'entreprise.)

Salaire annuel (en CHF): _____ Valable à partir du: _____

Salaire annuel (en CHF): _____ Valable à partir du: _____

Salaire annuel (en CHF): _____ Valable à partir du: _____

Si le salarié est occupé par un employeur pendant moins d'une année, est considéré comme salaire annuel celui qu'il obtiendrait s'il était occupé toute l'année.

Etat de santé

L'employeur déclare que, depuis le début de l'assurance, la personne à assurer est :

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

Si la personne assurée n'est pas entièrement apte au travail, veuillez toujours joindre les certificats médicaux correspondants et/ou les décomptes de l'assurance accident ou d'indemnités journalières maladie.

* Veuillez compléter la déclaration d'incapacité de travail

** Veuillez joindre la décision AI

Nous confirmons l'exactitude de ces données.

Lieu

Date

Timbre et signature de l'employeur

Lieu

Date

Signature de la personne à assurer