

Déclaration à l'entrée – Prévoyance professionnelle obligatoire

A compléter par l'employeur

Données de l'employeur

Raison sociale: _____
Rue: _____
NPA, Lieu: _____
N° d'employeur: _____

Données de la personne assurée (salarié)

Prénom: _____ Nom: _____
Date de naissance: _____ Sexe: Masculin Féminin
No. AVS (NSS): 756. _____
Date du mariage (pour marié): _____
No. téléphone: _____ Email: _____
Rue: _____
NPA, Lieu: _____

Données sur l'activité salariée

Début des rapports de service: _____ Employé Cadre
Fin des rapports de services:
(si contrat à durée déterminée) _____
Salaire AVS mensuel brut: Fr. _____ x 12 mois x 13 mois
Taux d'occupation: % _____

Lieu et date

Timbre et signature de l'employeur

➔ Veuillez faire compléter la page 2 par le salarié.

A compléter par la personne a assurée

Prénom: _____ Nom: _____
Date de naissance: _____ Sexe: Masculin Féminin
No. AVS (NSS): 756.

Questions à la personne à assurée

1. Etes-vous actuellement en pleine capacité de travail? Oui Non
Si non, veuillez indiquer le degré de l'incapacité de travail: _____ %
Quelle est la raison de votre incapacité de travail? _____
2. Touchez-vous, ou avez-vous fait une demande pour toucher des prestations d'une assurance sociale (AI, AA, AM) suisse ou étrangère ? Oui Non

Adresse permanente (pour les personnes ne résidant pas à l'année en Suisse)

Rue: _____
NPA, Lieu: _____
Pays: _____
No. téléphone: _____ Email: _____

Données sur l'institution de prévoyance de l'employeur précédent

Nom: _____
Adresse: _____

L'assuré doit demander à son ancienne institution de prévoyance le transfert de sa prestation de libre passage auprès de :

Fondation rurale de prévoyance, avenue des Jordils 1, Case postale, 1001 Lausanne
IBAN CH20 0900 0000 1002 6723 1 - Postfinance SA

Lieu et date

Signature de la personne à assurer

Ce document valablement complété et signé
est à retourner à :

Fondation rurale de prévoyance
c/o AgriGenève
Rue des Sablières 15
1242 Satigny