

Avis d'entrée

Employeur

Raison sociale	N° de contrat
NPA/Localité	Catégorie (s'il y a lieu)

Personne à assurer

Nom	Prénom	
Date de naissance	Sexe	
N° d'assurance	Profession	
Etat civil	Date du mariage (yc LPart)	
Langue <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E	Nationalité	
Adresse complète		
Date d'entrée	Salaire AVS annuel, en Fr.	Taux d'activité, en %

La personne à assurer est-elle actuellement et au moment où débute l'assurance en pleine capacité de travail ? oui non

L'embauche intervient-elle suite à un reclassement par l'assurance-invalidité (AI) ? oui non

L'employeur complète les données ci-dessus et appose sa signature.

Par sa signature, l'employeur confirme avoir répondu complètement et conformément à la vérité aux questions susmentionnées. En cas de fausses déclarations ou déclarations incomplètes, les prestations surobligatoires peuvent être refusées par la fondation LPP. La fondation LPP se réserve le droit d'examiner l'admission sur la base des renseignements obtenus.

Lieu, date, signature et timbre de l'employeur