



# Inscription à la prévoyance du personnel

## 1 Données personnelles

Nom de l'employeur	
Numéro de contrat	
Numéro AVS	
Nom	Prénom
Rue, n°	NPA, lieu, pays
E-mail privé	Téléphone privé
Etat civil <input type="radio"/> célibataire <input type="radio"/> marié <input type="radio"/> divorcé <input type="radio"/> veuf <input type="radio"/> partenariat enregistré <input type="radio"/> partenariat dissous	Date de naissance
Date du mariage ou de l'enregistrement	Sexe <input type="radio"/> masculin <input type="radio"/> féminin
	Langue de correspondance de votre nouveau collaborateur <input type="radio"/> D <input type="radio"/> F <input type="radio"/> I <input type="radio"/> E

Veuillez envoyer le formulaire dûment complété à:

**Zurich Suisse  
Scanning BVG  
Case postale  
8085 Zurich  
bvg@zurich.ch**

Dès que nous aurons vérifié votre inscription, vous recevrez le nouveau décompte de cotisations. Votre nouveau collaborateur recevra ensuite sa nouvelle attestation de prévoyance. Vous trouverez les cotisations de l'employé dans le décompte de cotisations.

## 2 Données concernant la prévoyance professionnelle

Entrée dans l'entreprise	Début de l'assurance
Salaire annuel AVS déterminant en CHF (extrapolation sur une année entière)	Taux d'occupation en %

**Votre contrat contient-il plusieurs catégories de personnel?**

☐ Non ☐ Oui  
Catégorie souhaitée

## 3 Données sur la capacité de travail

**Votre nouveau collaborateur possède-t-il sa pleine capacité de travail au début de l'assurance?**

☐ Oui ☐ Non  
Degré de capacité de travail en %

◀ Est inapte au travail quelqu'un qui, pour des raisons médicales, ne peut plus poursuivre pendant une période définie son activité qu'il a exercée jusqu'à ce qu'il tombe malade. La capacité de travail se rapporte donc toujours à l'activité actuelle.

## 4 Données supplémentaires pour les personnes exerçant une activité lucrative indépendante

**La personne à assurer est-elle un travailleur indépendant au sens de l'AVS et s'affilie-t-elle à votre entreprise conformément au règlement de prévoyance de l'institution de prévoyance?**

☐ Non ☐ Oui

## 5 Confirmation de l'employeur

Lieu et date	Signature de l'employeur
--------------	--------------------------

**Vous avez des questions au sujet de ce formulaire?**

Le Help Point LPP (téléphone 0800 80 80 80) est à votre disposition du lundi au vendredi de 8h00 à 18h00 pour répondre à vos questions.