

# Inscription à la prévoyance du personnel



## 1 Données personnelles

Nom de l'employeur et 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

Veillez envoyer le formulaire dûment complété à:

**Fondation collective Vita Invest de la Zurich Compagnie d'Assurances sur la Vie SA**  
**Case postale 8085 Zurich**  
**vitainvest@pfs.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 service clientèle de Vita Invest (téléphone 044 628 43 43) est à votre disposition du lundi au vendredi de 8 heures à 12 heures et de 13 heures à 18 heures pour répondre à vos questions.