

Déclaration à l'entrée – Prévoyance professionnelle obligatoire

A compléter par la personne assurée

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

Questions à la personne a

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 ? _____

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 (y compris les personnes ne résidant pas à l'année en Suisse)

Rue: _____
NPA, Lieu: _____
Pays: _____
Téléphone: _____ Email : _____

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

Nom: _____
Adresse: _____

Nous vous prions de bien vouloir faire le nécessaire auprès de votre ancienne institution de prévoyance pour le transfert de votre prestation de libre passage auprès de notre Fondation. Nous vous communiquons ci-dessous les coordonnées à transmettre à celle-ci pour le versement.

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 assurée

Ce document valablement complété et signé
est à retourner à:

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