

## 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 à 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