

# Affiliation

Cette page doit être remplie et signée par l'employeur avec l'aide de la personne assurée.

## Informations sur la personne assurée

Employeur

\_\_\_\_\_

Nom

\_\_\_\_\_

Prénom

\_\_\_\_\_

Rue / n°

\_\_\_\_\_

NPA / localité

\_\_\_\_\_

Date de naissance

\_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale (13 chiffres)

756.

Téléphone

\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_

Début de l'assurance

\_\_\_\_\_

Début du contrat de travail

\_\_\_\_\_

Degré d'occupation

%

\_\_\_\_\_

Salaire annuel déterminant (sur toute l'année civile)

CHF

\_\_\_\_\_

### Sexe

- Féminin  
 Masculin

### État civil

- Célibataire  
 Marié  
 Partenariat enregistré  
 Divorcé(e)  
 Dissolution judiciaire du partenariat  
 Veuf / veuve

Depuis

\_\_\_\_\_

Nom et date de naissance de la / du conjoint(e)  
ou de la / du partenaire enregistré(e)

\_\_\_\_\_

La personne assurée dispose-t-elle actuellement de sa  
pleine capacité de travail?

- Oui  Non

► **si NON, veuillez faire remplir la déclaration de  
santé de la personne assurée et la faire signer.**

La personne dispose-t-elle d'un salaire annuel déterminant  
d'au moins CHF 500'000?

- Oui  Non

► **si OUI, veuillez faire remplir la déclaration de santé  
de la personne assurée et la faire signer.**

---

## Informations relatives à l'institution de prévoyance précédente

L'institution de prévoyance précédente est tenue de verser la prestation de libre passage dans le cadre des avoirs 1e à la Katharinen Pensionskasse II (art. 3 LFLP, art. 1e OPP 2). Veuillez prendre les dispositions nécessaires à cet effet et nous faire parvenir une copie du décompte de sortie.

Nom de l'institution de prévoyance précédente

Rue / n°

---

---

NPA / localité

---

## Prestations d'entrée

La personne assurée prend connaissance du fait que conformément à la loi sur le libre passage, elle doit informer de cette affiliation l'institution de prévoyance précédente ainsi que les institutions de libre passage des banques et compagnies d'assurances, et de leur fournir les informations nécessaires au transfert des prestations de libre passage disponibles jusqu'à présent.

## Instruction de versement

**Veuillez indiquer sur l'avis de paiement: nom, prénom et numéro de sécurité sociale**

Nom et adresse de la banque

Au profit de

---

---

IBAN

---

---

## Informations relatives à l'encouragement à la propriété du logement (EPL)

La prestation de libre passage ou de prévoyance est-elle **mise en gage**?  Oui  Non

► **Si oui, veuillez joindre une copie du contrat de gage**

La prestation de libre passage a-t-elle fait l'objet d'un **versement anticipé** partiel ou complet?  Oui  Non

► **Si oui, date et montant du versement anticipé**

Date

CHF

---

---

## Signatures

---

Lieu, date

---

Signature employeur

---

Lieu, date

---

Signature de la personne assurée