



Caisse de pension de la SSPh
Case postale 6124
Rue Pedro-Meylan 7
1211 Genève 6

Tél. : 022 718 99 88
Fax : 022 718 99 89
info@cpssph.ch
www.cpssph.ch

A usage interne

N° d'assuré : _____
Prétraitement : _____
Mupe ok : _____
Page assuré : _____

Avis d'entrée

Cet avis doit parvenir à la Caisse avant le 15 du mois concerné pour tout nouveau salarié soumis LPP.

Employeur

Raison sociale : _____ N° d'entreprise : _____
Rue, n° : _____ Personne de contact : _____
NPA / localité : _____ N° de téléphone : _____

Salarié

Madame Monsieur Documentation : français allemand italien
Nom : _____ Date d'entrée en service : _____
Prénom : _____ Fonction : _____
Rue, n° : _____ Etat civil : célibataire marié divorcé
NPA / localité : _____ séparé veuf/veuve
N° AVS : 756. _____ autre : _____
Date de naissance : _____ Date du mariage civil : _____

Conditions d'affiliation

Date d'affiliation : _____ Salaire annuel AVS brut : CHF _____
(au 1^{er} du mois) (y compris 13^{ème} salaire et gratification)
Taux d'occupation : _____ %
Collectif (selon convention d'adhésion signée) : 1 2 3
Salaire assuré (déterminé selon collectif ci-dessus) Salaire annuel assuré : CHF _____

Affiliation antérieure

Selon la loi, l'assuré confirme par sa signature qu'il s'engage à transférer à l'affiliation tous ses avoirs de libre passage sur notre compte IBAN n° CH18 0900 0000 1200 3402 4 (un bulletin de versement vous parviendra).

L'assuré est-il déjà enregistré auprès de la Caisse de pension de la SSPh?

oui, n° d'assuré : _____ non

L'assuré est-il déjà enregistré auprès d'une autre institution ?

oui, nom de l'institution : _____ non

Les signataires de ce document attestent que les données sont complètes et véridiques. En cas de changement d'un des éléments de la présente déclaration, les parties concernées s'engagent à informer immédiatement la Caisse. En cas de données incorrectes ou incomplètes, cette dernière peut, dans le cadre des dispositions légales et/ou réglementaires, réduire voire refuser les prestations, ainsi que faire valoir des prétentions en dommages et intérêts.

Lieu et date : _____

Signature de l'assuré : _____ Signature de l'Employeur : _____