

Déclaration d'entrée par le salarié

(Formulaire à remplir par la personne assurée)

Entreprise

Entreprise

Date d'entrée

.....

.....

Assuré

Nom

Prénom

.....

.....

Rue/N°/complément

NPA/Localité (pays)

.....

.....

Date de naissance Sexe

Numéro d'assurance sociale (AVS)

.....

.....

Etat civil

dès le

.....

.....

E-mail pour précisions

Numéro de téléphone pour précisions

.....

.....

Conjoint ou partenaire enregistré

Nom / Prénom

.....

Date de naissance

.....

**Encouragement de la
Propriété du logement**

Versement anticipé pour la propriété
du logement

oui non

Somme des versements anticipés

.....

Date du dernier versement anticipé

.....

Mise en gage pour la propriété
du logement

oui non

Créancier gagiste

.....

Capacité de travail

Avez-vous connu, ces 5 dernières années, des problèmes de santé ayant entraîné une incapacité de travail supérieure à 3 semaines?

oui non

Etes-vous en arrêt de travail total ou partiel pour raison de santé?

oui non

Votre activité ne correspond-elle pas à votre formation ou à vos capacités pour des raisons de santé?

oui non

Etes-vous déclaré pour recevoir des prestations ou percevez-vous des prestations d'une assurance d'indemnité journalière, d'accident, ou d'invalidité, ou d'une institution de prévoyance?

oui non

Votre entrée est-elle liée à une mesure de réinsertion de l'assurance-invalidité fédérale?

oui non

Transfert de la prestation de libre passage

Lors d'un changement d'emploi et de votre entrée à la CPE, la prestation de sortie de votre précédente institution de prévoyance ainsi que d'autres avoirs de prévoyance existants du 2e pilier doivent être transférés à la CPE (art. 3 LFLP).

Libre passage transféré par

libre passage de l'ancienne caisse de pension

compte/police de libre passage

Raisons pour libre passage manquant

jusqu'à présent seulement assuré pour le risque

jusqu'à présent indépendant

jusqu'à présent actif à l'étranger

jusqu'à présent salaire minimum non atteint

jusqu'à présent non actif

à la retraite anticipé

Signature

Lieu, date

Signature de l'assuré(e)

.....

.....