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

Tél. : 058 255 30 80
Fax : 058 255 30 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 1er du mois) (y compris 13ème 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 : _____