



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 1<sup>er</sup> du mois) (y compris 13<sup>ème</sup> 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 : \_\_\_\_\_