

Avis d'entrée

Employeur

Nom prénom / Raison sociale _____ N° contrat _____

| Données de l'employé/e | |
|------------------------------|------------|
| Nom | Prénom |
| Adresse | |
| N° AVS | 756. |
| Date de naissance | Etat civil |
| Téléphone / E-mail | |
| Salaire AVS annuel | |
| Capacité de travail en % | |
| Taux d'activité en % | |
| Date de l'entrée en fonction | |

Lieu et date : _____ Signature et timbre de l'employeur _____

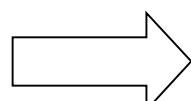
A remplir par l'assuré

Prestation de libre passage

Nom et adresse de l'employeur précédent : _____

Nom et adresse de la caisse de retraite précédente : _____

Suite au verso



Fondation de Prévoyance de l'agriculture valaisanne

Maison du Paysan, Case postale 416, 1964 Conthey, Tél. +4127 345 40 60, lpp@agrivalais.ch

Bénéficiez-vous d'une **rente d'invalidité** et/ou des **indemnités pour perte** de gain suite à une maladie ou un accident :

- de l'assurance maladie (LAMAL) oui non
- de l'assurance invalidité fédérale (AI) oui non
- de l'assurance-accidents (LAA) oui non
- d'une assurance sociale étrangère oui non
- d'une autre caisse de retraite oui non

Au cas où vous toucheriez une rente de l'assurance invalidité, veuillez joindre une copie de la décision.

Propriété du logement

Le droit à la prestation de prévoyance a-t-il été **mis en gage** ? oui non

Si oui, quel est le nom du créancier gagiste : _____

Une partie de la prestation de libre passage a-t-elle été **prélevée de façon anticipée** ?

oui non

Si oui, quel montant CHF : _____

Déclaration de la personne à assurer :

J'atteste l'exactitude et l'intégralité de ces déclarations.

Lieu et date _____ Signature de la personne à assurer _____

En cas de fausses déclarations ou de déclarations incomplètes, la Fondation de Prévoyance de l'agriculture valaisanne se réserve le droit de refuser le versement de prestations dans le cadre des dispositions légales.