

Annnonce d'entrée

Le présent formulaire doit être rempli par l'employeur.

Sont soumis-e-s à l'assurance obligatoire tous les collaborateurs et collaboratrices dès le 1^{er} janvier de l'année qui suit la date de leur 17^e anniversaire, sauf si :

- leur annuel salaire brut ne dépasse pas le seuil d'entrée selon votre plan de prévoyance ou le montant limite d'entrée selon LPP (01.01.2025: CHF 22 680)
- leur contrat de travail est limité à trois mois ou moins
- la personne est déjà assujettie à l'assurance obligatoire pour une activité lucrative exercée à titre principal ou si elle exerce une activité lucrative indépendante à titre principal
- la personne est invalide à raison de 2/3 au moins

Prénom	Nom	
Adresse	NPA/lieu	
E-mail		
Numéro AVS	Date de naissance	
Sexe	féminin <input type="checkbox"/>	masculin <input type="checkbox"/>
Salaire annuel brut*	Taux d'activité**	
Date effective d'entrée***	marié-e	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Est-ce que la personne à assurer est propriétaire, copropriétaire, associé-e ou actionnaire de l'entreprise?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

(Le cas échéant, prière de nous demander et remplir le formulaire «Déclaration de santé».)

* Salaire brut à calculer sur une année **entière** (y compris 13^e salaire)

** En %

*** Pour des raisons techniques, la date d'entrée est fixée au premier jour du mois d'entrée (pour une entrée effective jusqu'au et inclus le 15 du mois correspondant) ou au premier jour du mois suivant (pour une entrée effective à partir du 16 du mois). Vous devez toutefois nous communiquer la date effective, car celle-ci est juridique pertinente.

Déclaration de l'entreprise affiliée

Nous certifions que la personne à assurer jouit de sa pleine capacité de travail****.

**** Pour toute nouvelle entrée d'employé-e à temps partiel, veuillez vérifier si la personne concernée est capable de travailler à 100%. Pour annoncer l'entrée d'une personne qui ne jouit pas de sa pleine capacité de travail ou qui bénéficie déjà d'une rente d'invalidité (AI, AMF, assurance-accidents), veuillez demander notre formulaire supplémentaire «Déclaration de santé» pour la personne à assurer.

Numéro d'affiliation

Lieu, date

Timbre de l'entreprise et signature

Déclaration de la prestation de libre passage

Le présent formulaire doit être rempli par la personne assurée puis envoyé à Nest Fondation collective.

Prénom _____ Nom _____
 Numéro AVS _____
 Employeur/euse actuel/le chez Nest _____

En cas de changement d'emploi, la loi sur le libre passage exige que la prestation de sortie soit versée à la nouvelle institution de prévoyance. En outre, tous les capitaux de prévoyance déposés sur un compte de libre passage ou sur une police de libre passage doivent être transférés à la nouvelle institution de prévoyance.

- Non**, je n'ai pas de prestation de libre passage à verser à Nest.
- Oui**, j'ai un avoir de libre passage auprès de l'institution de prévoyance suivante.
 (Veuillez faire le nécessaire pour que le virement soit effectué à Nest, voir page 3)

Caisse de pension (nom, adresse) _____

Compte de libre passage auprès de (nom et adresse de la banque/assurance) _____

Montant des prestations de libre passage (si connu) _____ CHF

- Je suis assuré auprès d'un-e **deuxième employeur/euse**, raison pour laquelle ma prestation de libre passage n'est pas (encore) transférée à Nest.

Les prestations de libre passage transférées améliorent votre prévoyance. Les prestations de libre passage qui ne sont pas mentionnées dans le présent formulaire ne pourront plus être utilisées pour augmenter les prestations après la survenance d'un cas de prévoyance.

Par la présente, je confirme avoir indiqué l'ensemble des prestations de libre passage devant être transférées à Nest, conformément à l'article 3 alinéa 1 de la loi sur le libre passage et à l'article 12 de l'ordonnance sur le libre passage.

Lieu et date _____ Signature _____

Information sur le rachat

Chez Nest, les assuré-e-s ayant des lacunes de prévoyance ont la possibilité de racheter des prestations en tout temps en bénéficiant d'avantages fiscaux et ainsi d'augmenter leur avoir de vieillesse. Pour une information plus détaillée, veuillez consulter la fiche d'information «Rachat» sur le site internet nest-info.ch

Transfert de la prestation de libre passage à Nest Fondation collective

Le présent formulaire doit être rempli par la personne assurée puis envoyé à l'institution de prévoyance précédente ou à la banque/assurance où se trouve l'avoir de libre passage.

Si vous êtes nouvellement assuré e chez Nest et que vous avez déclaré une prestation de libre passage, veuillez indiquer ci-dessous vos données personnelles.

Si vous détenez plusieurs avoires de libre passage (comptes de libre passage auprès de banques/assurances), un formulaire doit également être remis à ces entités.

Prénom	Nom
Numéro AVS	Date de naissance
Adresse privée	NPA/localité
Ancien-ne employeur/euse	
Adresse	NPA/localité

Signature de la personne assurée

Ordre de paiement pour l'ancienne institution de prévoyance

Veuillez virer mon avoir de libre passage conformément aux dispositions légales à:

Nest Sammelstiftung
Molkenstrasse 21
8004 Zurich

Zürcher Kantonalbank, 8010 Zurich
Clearing 700
IBAN CH73 0070 0110 0024 8249 7