

Données client

Entreprise:
 Numéro IDE: CHE-
 Adresse:
 NPA: Localité:
 Personne de contact :
 Tél. : Portable:
 Email:

Données sur l'employeur:

Nouvelle entreprise: oui non
 Contrat LPP existant auprès de: Echéance:
 Statut de l'entreprise: SA Sàrl Raison individuelle Association Autre
 Soumis CCT: oui non
 Secteur d'activité (selon RC):
 Code NOGA (si connu):
 Assurance perte de gain: oui non Si oui, nom de l'assureur:

Données sur les assurés

	Année en cours	n-1	n-2	n-3	n-4	n-5
Nombre d'assurés actifs						
Nombre d'invalides / d'incapacités de gain en cours						
Nombre de rentiers (vieillesse/survivants)						

Les rentiers doivent-ils être repris? oui non

Cercle d'assurés 1 : Le personnel Les cadres Autre
 Cercle d'assurés 2 : Le personnel Les cadres Autre

Précisions requises pour « Autre » :

.....

.....

Liste du personnel

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe	Salaire AVS annuel	Taux d'activité	Pleine capacité	PLP	dont part LPP	Cercles d'assurés
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			

CCAP Fondation de prévoyance offre une assurance complète

- Rendement garanti selon taux LPP
- Prestations garanties à 100% (pas de sous-couverture possible)
- Entreprises en lien avec le canton de Neuchâtel
- Flexibilité des plans

Date d'effet de l'offre:

Choix du plan

NANO MEGA GIGA TERA Option (précisez sous remarques)

Délai d'attente de la rente d'invalidité:

12 mois 24 mois (uniquement si APG)

Répartition des cotisations:

Cercle d'assurés 1 50/50 40/60 30/70 Autre
Cercle d'assurés 2 50/50 40/60 30/70 Autre

Précisions requises pour « Autre »:

.....
.....

Remarques:

Liste des documents à fournir :

- | | |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Copie de l'extrait du registre du commerce | <input type="checkbox"/> Copie de(s) plan(s) de prévoyance |
| <input type="checkbox"/> Copie des statuts (si association) | <input type="checkbox"/> Copie de l'aperçu des prestations |
| <input type="checkbox"/> Copie du contrat d'affiliation | <input type="checkbox"/> Copie de l'aperçu des cotisations |

Demande faite par, le/...../.....