

DEMANDE DE DEVIS

Veuillez compléter ce formulaire dans son intégralité et nous le retourner dûment signé avec les annexes requises à l'adresse suivante: stiftung@abendrot.ch

Employeur

Nom de la société _____
Domaine d'activité selon RC _____
Personne de contact _____
Adresse _____
Code postal / Lieu _____
Courriel _____ Téléphone _____

Informations supplémentaires

Date d'entrée en vigueur de l'assurance 01. _____
Création d'une nouvelle entreprise oui, date _____ non _____
Forme juridique _____
Votre entreprise est-elle ou a-t-elle déjà été affiliée auprès d'une institution de prévoyance? oui _____ non _____
Nom de l'institution de prévoyance _____
Existe-t-il un retard de paiement? oui _____ non _____
Votre entreprise est-elle membre d'une organisation patronale? oui _____ non _____
Nom de l'organisation patronale: _____

Cas de prestations

Vos collaborateurs sont-ils tous pleinement aptes à travailler? oui _____ non _____
Si non: Nombre de personnes en incapacité de travail qui ne perçoivent pas de rente _____

pour cause de maladie _____ suite à un accident _____

Nombre de rentes en cours
Rentes d'invalidité _____ Rentes d'enfants d'invalides _____
Rentes de conjoint / partenaire _____ Rentes d'orphelins _____
Rentes de vieillesse _____ Rentes d'enfants de retraités _____

Etes-vous tenus de transférer les cas de prestations de votre ancienne institution dans la nouvelle institution de prévoyance? oui _____ non _____

Bénéficiez-vous d'une assurance d'indemnités journalières de maladie avec couverture totale d'au moins 80% pendant 720 jours pour tous vos employés? oui _____ non _____

Merci de compléter le verso →

Annexes requises

Merci de joindre les documents suivants lors de votre demande de devis:

- **Répertoire des personnes assurées avec l'ensemble des informations relatives à tous vos employés** (selon le modèle Excel [LIEN](#))
 - Nom, prénom, sexe, date de naissance, salaire AVS annuel effectif, total de l'avoir de vieillesse disponible et avoir de vieillesse LPP (à la date du 01.01.)
 - Informations concernant les personnes ne possédant pas leur pleine capacité de travail
- **Répertoire des personnes retraitées avec l'ensemble des informations relatives aux bénéficiaires de rente**
 - Nom, prénom, sexe, date de naissance, type de rente, montant annuel de la rente, date de départ à la retraite, réserves de sinistre / calcul du capital de couverture de l'assureur précédant
- **Copie de votre plan de prévoyance actuel (description des prestations et contributions)**
- **Copie du contrat d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie (si existant)**

Solution de prévoyance standardisée souhaitée

Veuillez s.v.p. sélectionner un des plans de prévoyance suivants. Vous trouverez les informations détaillées sur ce [mémento](#).

MINI Se lancer

MyTZ Vivre et travailler

MIDI Constant

MAXI Brut

Solution de prévoyance avec des prestations de risque plus élevées:

MyTZ Vivre et travailler +

MIDI Constant +

MAXI Brut +

Nous avons besoin d'un conseil pour choisir une solution de prévoyance.

Précisions

- Vos informations seront traitées de manière confidentielle (Obligation de garder le secret selon l'article 86 LPP).
- Si nos critères d'adhésion ne nous permettent pas de vous faire une offre, nous vous contacterons dans les meilleurs délais.
- La Fondation Abendrot n'assume pas les pertes suite à une résiliation ou suite à un défaut de couverture des assureurs précédents

Lieu, Date

Signature employeur ou intermédiaire