

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS EN VUE DE L'ETABLISSEMENT D'UNE OFFRE
DE PREVOYANCE PROFESSIONNELLE (LPP)

Preneur de prévoyance

Raison sociale : _____

Personne de contact : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ Adresse mail : _____

Secteur d'activité de l'entreprise : _____

L'entreprise est-elle soumise à une convention collective de travail ?

Non

Oui / Nom de la CCT : _____

L'entreprise va-t-elle conclure une assurance collective perte de gain maladie (indemnités journalières) ?

Non

Oui / Nom de l'assureur : _____

Offre de prévoyance

Plan de prévoyance de la BCV Oui

Plan de prévoyance Retraites Populaires Oui

Lieu et date : Signature :

Merci de retourner ce formulaire à la CVCI à Zuzanna Bolle par e-mail (zuzanna.bolle@cvci.ch).

Ce formulaire sera transmis aux prestataires désignés en fonction du choix du type de plan.

Cette mise en relation ne saurait engager la responsabilité de la CVCI.