

Demande d'admission *(A remplir par l'employeur)*

Veuillez écrire à la machine ou en lettres majuscules. Des formulaires entièrement remplis évitent des inconvénients supplémentaires de part et d'autre. Merci d'avance de votre coopération.

1. Entreprise :

Catégorie :

N° de contrat :

.....

.....

.....

2. Coordonnées de la personne à assurer :

Nom de famille : Prénom :

Date de naissance : N° AVS :

Sexe : masculin féminin Fonction :

Etat civil : célibataire marié(e) lié(e) par un partenariat enregistré
 divorcé(e) veuve, veuf

depuis :

Rue : NPA / lieu :

Langue : allemand français anglais italien

E-Mail : Téléphone :

3. Début dans le contrat de prévoyance :

4. Salaire annuel en CHF : **Taux d'activité :**
(Les données détaillées pour définir le salaire assuré se trouvent dans le règlement ou dans le plan de prévoyance)

5. L'employeur certifie que la personne à assurer est ou était entièrement apte au travail au début des rapports de service :

oui non; parce que :

(Veuillez annexer les copies des décomptes d'indemnités journalières ou de rentes.)

.....
Lieu et date

.....
Timbre et signature de l'entreprise

07/2017

Pour usage interne seulement :

Activité indépendante : No de dépôt : Taux CC & G :

Questionnaire personnel *(A remplir par l'employé(e))*

Nom, prénom : Entreprise :

6. Taille : cm Poids : kg

7. Existe-t-il ou existait-il auprès d'une institution de prévoyance une réserve pour raison de santé ?

non oui, pourquoi :
(Veuillez joindre une copie)

8. Est-ce que des prestations de la prévoyance professionnelle, de l'assurance invalidité, de l'assurance militaire ou de l'assurance accident vous ont été octroyées ou sont en suspens ?

non oui, détails :
(Veuillez joindre une copie de la décision de l'octroi des rentes resp. perte de gain).

9. Êtes-vous actuellement en traitement médical ?

non oui, pourquoi :

Nom et adresse du médecin traitant ou de l'hôpital :

10. Prenez-vous régulièrement des médicaments, resp. des médicaments vous ont-ils été prescrits ?

(au minimum une fois par semaine)

non oui, pourquoi et lesquelles :

11. Avez-vous été soumis à un test de dépistage du sida qui a donné un résultat positif ou probablement positif ?

non oui, quand :

12. Avez-vous consulté un médecin, un psychologue, un chiropraticien ou un quelconque autre thérapeute dans les 5 dernières années à la suite d'un accident, d'une maladie ou y'a-t-il eu une consultation / examen / ou un traitement a-t-il été recommandé ?

non oui, Veuillez préciser ci-dessous :

Genre de maladie / type d'accident; infirmité; traitements ; examen	de	à	Durée de l'incapacité de travail	Médecin au hôpital, adresse exacte et département

13. Existe-t-il une institution de prévoyance séparée pour la prévoyance subobligatoire auprès de votre ancien employeur ?

non oui Nom de l'institution de prévoyance :

14. Êtes-vous ou étiez-vous déclaré comme indépendant et avez vous versé des cotisations dans le „grand pilier 3a“? (Le grand pilier 3a est seulement possible, si aucune couverture de la prévoyance professionnelle n'existe.)

non oui Nom de la fondation 3a :

15. Êtes-vous arrivé en Suisse après le 01.01.2006 ?

non oui Si oui, depuis quand habitez-vous en Suisse ?

Depuis quand êtes vous assuré auprès d'une institution de prévoyance suisse ?

Conditions d'admission

La Fondation et le réassureur décident, suite à la déclaration de santé, de l'acceptation de l'assurance. Ils peuvent exiger un rapport médical.

Autorisation

Je déclare par la présente, avoir répondu à toutes les questions de ce formulaire de façon exhaustive et conforme à la vérité. Je suis conscient(e) qu'une violation de l'obligation de déclarer donne le droit à l'assureur de réduire ou refuser ses prestations et qu'il peut réclamer des dommages et intérêts. J'autorise la Fondation et son réassureur à utiliser les renseignements nécessaires à l'examen du risque et du droit aux prestations ainsi que pour le traitement du contrat. Je consens également, si cela s'avère nécessaire, à ce que la Fondation et son réassureur communiquent ces données, notamment aux institutions de prévoyance auxquelles l'assuré(e) est ou a été affilié(e). J'autorise la Fondation et le réassureur à demander des renseignements auprès des personnes du corps médical et de leur personnel auxiliaire, des autorités, des assurances sociales et d'autres tiers, en vue de l'examen du risque et de celui du droit aux prestations, en particulier auprès de l'institution de prévoyance précédent concernant d'éventuelles prestations fournies. A cette fin je libère expressément les personnes du corps, médical et leur personnel auxiliaire de leur devoir de discrétion.

Lieu et Date

Signature de la personne à assurer