

Demande d'admission entreprise

Entreprise

Monsieur		Madame	
Nom		Prénom	
Rue, n°			
NPA, lieu, pays			
Date de naissance		N° d'AS	756.
Etat civil	célibataire	marié/e	divorcé/e
	partenariat enregistré	partenariat dissous	veuf/veuve
Obligation d'assistance		oui	non
Cercle de personnes/plan		Entrée dans l'entreprise	
Taux d'occupation (%)		Début de l'assurance	
Salaire annuel AVS		Numéro personnel	

Entrée jusqu'au 15 du mois = admission au 1^{er} / Entrée après le 15 du mois = admission au 1^{er} du mois suivant.

La personne à assurer :

est-elle admise dans une assurance pour cadres ou une assurance complémentaire ?
Si oui, dans laquelle ?

oui non

est-elle admise dans une institution externe de prévoyance professionnelle ?
Si oui, dans laquelle ?

oui non

dispose-t-elle de sa pleine capacité de travail au début de l'assurance ?

oui non

Est considérée comme ne disposant pas de sa pleine capacité de travail toute personne qui au début de l'assurance

- est partiellement ou totalement empêchée de travailler pour des raisons médicales,
- perçoit des indemnités journalières en raison d'une maladie ou d'un accident ou a déjà été déclarée auprès d'une assurance,
- touche une rente d'invalidité,
- ne peut plus, pour des raisons médicales, exercer à plein temps une activité lucrative correspondant à sa formation.

Le présent document est une traduction. En cas de contestation, seule la version originale allemande fait foi.

Date

Timbre et signature de l'entreprise

Demande d'admission salarié

Entreprise

Nom Prénom

Rue, n°

NPA, lieu, pays

Date de naissance N° d'AS 756.

E-mail Langue F I A E

Etat civil célibataire marié/e divorcé/e
partenariat enregistré partenariat dissous veuf/veuve

Date du mariage/de l'enregistrement du partenariat

Nom, prénom, date de naissance du conjoint/
partenaire

Entrée dans l'entreprise Début de l'assurance

Taux d'occupation (%)

D'éventuelles prestations de libre passage de rapports de prévoyance précédents doivent être transférées à Valitas Sammelstiftung BVG selon l'art. 60a OPP2.

Votre nouvel employeur vous remettra volontiers le bulletin de versement adéquat.

Avez-vous effectué un retrait anticipé en vertu de la LEPL ? oui non

Votre prestation de libre passage est-elle mise en gage ? oui non

Disposiez-vous de votre pleine capacité de travail au début de l'assurance ? oui non*

Recevez-vous des prestations de l'assurance-invalidité, de l'assurance militaire, de l'assurance-accidents ou d'une autre institution de prévoyance ? oui non

Dans l'affirmative, de laquelle ? Degré d'inv. %

*Dans la négative, vous êtes tenu de compléter le questionnaire de santé en page 2.

Prière de renvoyer le présent formulaire dûment complété à Valitas Sammelstiftung BVG dans les 15 jours.

Le présent document est une traduction. En cas de contestation, seule la version originale allemande fait foi.

Date

Signature du salarié

Nom, prénom N° d'AS 756.

Questionnaire de santé

Depuis quand votre capacité de travail est-elle limitée ?

Suiviez-vous un traitement ou étiez-vous sous contrôle médical au début de l'assurance ?

oui non

Dans l'affirmative, pour quelles raisons ?

Depuis quelle date ?

Médecin traitant* ?

Prenez-vous des médicaments ou vous en a-t-on prescrits ?

oui non

Dans l'affirmative, lesquels ?

Pour quelles raisons ?

Médecin traitant* ?

Avez-vous été malade, accidenté/e ou opéré/e au cours des deux dernières années ?

oui non

Dans l'affirmative, quelle a été la maladie, la lésion ou l'opération ?

Quand a eu lieu le traitement ?

Médecin traitant* ?

Étiez-vous assuré/e auprès de la caisse de pension de votre ancien employeur avec une réserve ou avec un supplément de primes pour raisons médicales ?

oui non

Dans l'affirmative, pour quelles raisons ?

Depuis quelle date ?

Nom de la caisse de pension:

*Indiquer le nom et l'adresse complète.

La violation de l'obligation de déclaration habilite Valitas à la résiliation du contrat selon l'art. 6 de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908. Quant aux prestations sous contrat, Valitas se réserve le droit d'examiner l'admission à l'assurance sur la base d'un rapport médical.

Par la présente, je confirme que toutes mes réponses sont véridiques et complètes. J'autorise toutes les personnes, institutions et sociétés d'assurance contactées par Valitas de fournir tous les renseignements nécessaires pour le contrôle du risque et du droit aux prestations. J'autorise en outre Valitas à transmettre aux coassureurs, réassureurs et caisses de pension auxquelles j'étais affilié/e ou suis affilié/e tous les renseignements utiles à des fins d'assurance.

Prière de joindre à ce questionnaire toutes les décisions existantes.

Date

Signature du salarié