Effacer les données

valitas COMPACTA

Demande d'admission par l'entreprise

(Informations sur le/la salarié/e à assurer)

Entreprise

☐ Monsieur ☐ Madame

Nom | Prénom

Rue, n°

NPA, lieu, pays

Date de naissance | N° d'AS 756.

État 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

Entrée jusqu'au 15 du mois : admission au 1er / Entrée après le 15 du mois : admission au 1er du mois suivant.

Salaire annuel AVS
(salaire mensuel x 12 ou 13) | Numéro personnel

La personne à assurer :

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

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

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.

Lieu, date | Timbre et signature de l'entreprise

12.2022

valitas COMPACTA

Demande d'admission par le salarié

1. Personne assurée

Entreprise

Nom | Prénom

Rue, n°

NPA, lieu, pays

Date de naissance | N° d'AS 756.

Nationalité

N° de tél. | E-mail

Langue de correspondance ☐ Allemand ☐ Français ☐ Italien ☐ Anglais

État 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 | Taux d'occupation (%)

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

➔ **Nous vous ferons parvenir les informations relatives au transfert avec la confirmation de votre admission et votre certificat de prévoyance**.

2. Informations requises

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

➔ **Dans la négative, vous êtes tenu/e de compléter le questionnaire de santé ci-joint.**

valitas COMPACTA

Nom	Prénom
N° d'AS 756.	

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/desquelles ?	Degré d'inv. %
Recevez-vous des prestations d'une assurance de rentes d'invalidité ou d'incapacité de travail étrangère ?	☐ oui ☐ non
➔ Dans l'affirmative, de laquelle ? Veuillez indiquer l'adresse/les adresses complète(s) avec le numéro de téléphone.	Degré d'inv. %

➔ Prière de nous renvoyer le présent formulaire dûment complété dans les 15 jours. Vous trouverez notre adresse dans l'en-tête.

Lieu, date

Signature du salarié

12.2022

valitas COMPACTA

Questionnaire de santé

Nom, prénom N° d'AS 756.

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 prescrit au cours des 5 dernières années ? ☐ oui ☐ non

➔ Dans l'affirmative, lesquels ? De quand à quand ?

➔ Pour quelles raisons ?

➔ Médecin traitant* ?

Au cours des 5 dernières années, avez-vous été en incapacité de travail totale ou partielle suite à une maladie, un accident ou une opération ? ☐ oui ☐ non

➔ Dans l'affirmative, quelle a été la maladie, la lésion ou l'opération ? guéri ☐ non guéri ☐

➔ De quand à quand a eu lieu le traitement ?

➔ Une opération (en ambulatoire ou stationnaire) est-elle prévue/recommandée ? ☐ oui ☐ non

➔ Médecin traitant* ?

Étiez-vous assuré/e auprès de l'institution de prévoyance 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 ?

➔ Institution de prévoyance :

*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 l'institution de prévoyance susmentionnée à fournir tous les renseignements nécessaires pour le contrôle du risque et du droit aux prestations. J'autorise en outre l'institution de prévoyance susmentionnée à transmettre aux coassureurs, réassureurs et institutions de prévoyance 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.**

Lieu, date Signature du salarié

12.2022