

# 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	
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 1<sup>er</sup> / Entrée après le 15 du mois : admission au 1<sup>er</sup> 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

# Demande d'admission par le salarié

## 1. Personne assurée

Entreprise

Nom

Prénom

Rue, n°

NPA, lieu, pays

Date de naissance

N° d'AS

Nationalité

N° de tél.

Courriel

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.**

Nom	Prénom
N° d'AS	

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
------------	----------------------

# Questionnaire de santé

Nom, prénom	N° d'AS
-------------	---------

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
------------	----------------------