

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^{er} / Entrée après le 15 du mois : admission au 1^{er} 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

Existe/existait-il une capacité de travail limitée lors de l'entrée dans la caisse de prévoyance ?

oui

non

- ➔ **Si oui, veuillez svp remplir le questionnaire de santé obligatoire ci-joint.**

Au cours des 24 derniers mois, avez-vous été absent du travail pour des raisons de santé pendant plus de 4 semaines au total ou partiellement ?

oui

non

- ➔ **Si oui, veuillez svp remplir le questionnaire de santé obligatoire 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.	%

➔ Prière de joindre à ce questionnaire toutes les décisions existantes.

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

Ne pas prendre en compte : les amygdalites, l'appendicite, la grippe, les rhumes, les oreillons, la rougeole, la rubéole, la varicelle, les moyens de contraception, l'accouchement et les examens gynécologiques dont les résultats sont normaux.

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

Taille	cm	Poids	kg
--------	----	-------	----

Prenez-vous des médicaments de manière régulière ? oui non

➔ Dans l'affirmative, pour quelles raisons ?

➔ Depuis quelle date ?

➔ De quel médecin traitant (préciser l'adresse) ?

Êtes-vous ou avez-vous été pris en charge pour consommation d'alcool ou de drogue ? Une telle prise en charge vous a-t-elle été conseillée ou proposée ? oui non

➔ Dans l'affirmative, quand ?

➔ Pour quelle durée ?

➔ Quel est ou était le type de prise en charge ?

Au cours des cinq dernières années, avez-vous souffert de maladies, de troubles ou de douleurs d'ordre physique, psychique ou mental ? Souffrez-vous de séquelles suite à un accident ou une maladie ? oui non

Type de maladie/accident, infirmité, traitement, examens	Du	Au	Durée de l'incapacité de travail	Médecin, hôpital ou médecin spécialiste (Préciser l'adresse et le service)	La guérison a-t-elle été sans séquelles ?
--	----	----	----------------------------------	--	---

Précisions sur l'obligation de déclaration et politique de confidentialité

La prise en charge par la couverture d'assurance prévue peut être soumise à une évaluation actuelle des risques.

La Fondation collective LPP Valitas (ci-après « Valitas ») doit transmettre cette évaluation des risques à d'autres réassurances et services de médecine-conseil éventuels à des fins de traitement. Par conséquent, il est nécessaire à Valitas ainsi qu'aux autres réassurances et services de médecine-conseil de disposer de tous les droits permettant de vérifier les données de santé que vous avez fournies dans le questionnaire de santé et d'obtenir d'autres informations médicales. Valitas ainsi que d'autres réassurances et services de médecine-conseil traitent vos données personnelles médicales à des fins d'évaluation des risques et de justification d'une éventuelle réserve.

Par la présente, je déclare que toutes mes réponses sont véridiques et complètes. J'ai conscience qu'une violation de l'obligation de déclaration peut entraîner une réduction ou un refus de l'accès aux prestations et donner lieu à des demandes de dommages et intérêts. Je consens à ce que mes données personnelles médicales soient transmises à Valitas ainsi qu'à d'autres réassurances ou services de médecine-conseil éventuels et soient utilisées aux fins mentionnées dans le présent document. Valitas peut demander à l'assureur précédent, à des tiers, notamment au personnel médical ou à ses auxiliaires, aux autorités, aux assurances sociales ou aux institutions de prévoyance auxquelles vous êtes ou avez été affilié des informations sur l'évolution des prestations jusqu'à ce jour, en particulier pour l'évaluation des risques et la gestion des cas de prestations. Dans le cas où cela est nécessaire à l'évaluation des risques et du droit aux prestations, le consentement s'étend également à la collecte de données personnelles sensibles (médicales, par exemple) et de profils de personnalités, ainsi qu'à la consultation de documents officiels. À cet égard, je libère expressément le personnel médical et ses auxiliaires de leur obligation au secret professionnel.

Lieu, date

Signature du salarié