

## Annonce d'entrée

Ce formulaire est à remplir, signer et retourner à la CP FSA. Pour tout salaire supérieur à CHF 200'000, le formulaire « *Annonce / Déclaration de santé à l'assurance collective* » de « La Mobilière » ainsi que le certificat de prévoyance de l'assureur précédent sont à joindre.

**Nom de l'Employeur/  
Nom de l'Indépendant**

---



---

**Personne de contact / No de tél.**

---

**Indications concernant la personne à assurer**

**Contrat N°** \_\_\_\_\_

<b>Assuré en tant que</b>	<input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Employé	
<b>Groupe de personne</b> Selon le formulaire „Choix du plan de prévoyance“, annexe au contrat d'affiliation		
<b>Fonction au sein de l'étude</b>	<input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Avocat collaborateur <input type="checkbox"/> Autres employés	
<b>Nom</b>		
<b>Prénom</b>		
<b>Adresse privée (rue, NPA et localité)</b>		
<b>Date de naissance</b>	<b>N° AVS</b>	
<b>Langue</b>	<input type="checkbox"/> allemand <input type="checkbox"/> français	
<b>Sexe</b>	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	
<b>État civil</b> <small>*Le concubinage doit être annoncé à la CP FSA par le formulaire „Confirmation d'une communauté de vie“.</small>	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> en concubinage* <input type="checkbox"/> veuf/veuve <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> lié(e) par un partenariat enregistré <input type="checkbox"/> partenariat dissous judiciairement <input type="checkbox"/> partenariat dissous par décès	
<b>Date de mariage / du partenariat enregistré</b>		
<b>Nom et date de naissance du conjoint/du partenaire enregistré</b>		
<b>Nombre d'enfants</b> (de moins de 25 ans)		
<b>Début de l'assurance</b>	<b>1<sup>er</sup></b>	
<b>Salaire / revenu annuel déterminant</b> - Indépendant: revenu AVS brut - Employé: Salaire AVS brut		
<b>Taux d'occupation en %</b>	%	
<b>Membre FSA</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

## Annonce d'entrée

Contrat N° \_\_\_\_\_

<b>Nom</b>	
<b>Prénom</b>	

### Prestation de libre passage (des précédentes institutions de prévoyance)

<b>Étiez-vous assujetti à l'assurance obligatoire selon la LPP?</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Si oui: Nom et adresse de l'institution de prévoyance précédente</b> (merci de joindre une copie du décompte de sortie)		
<b>Avez-vous des prestations de libre passage à transférer ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vous devez donner instruction à votre institution de prévoyance précédente de bien vouloir transférer votre prestation de libre passage à : CP FSA, 3011 Berne; compte postale CH73 0900 0000 4003 6439 2		
<b>Cas déjà intervenus:</b> *EPL = Encouragement à la propriété du logement	<input type="checkbox"/> Retrait anticipé EPL* CHF: .....	<input type="checkbox"/> Mis en gage EPL* Valeur: .....

### Questions relatives à l'état de santé

<b>Jouissez-vous de la pleine capacité de travail, respectivement de gain ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	⇒ Dépuis: .....
<b>Existe-t-il déjà une invalidité (par exemple : AI, AA, AM) ?</b> <b>Si oui, joindre les décisions correspondantes</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	⇒ Degré AI: ..... %
<b>Existe-t-il une réserve pour raison de santé auprès de votre précédente institution de prévoyance ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	⇒ Jusqu'à fin: .....

### À remplir que par les indépendants :

<b>Quand est-ce que vous avez commencé votre activité indépendante ?</b> Veuillez indiquer la date exacte	
<b>Étiez-vous soumis à l'assurance obligatoire pendant au moins six mois avant le début de votre activité indépendante et est-ce que vous vous êtes fait assurés à titre facultatif sans interruption après l'assurance obligatoire ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Timbre et signature**

**Timbre et signature**

\_\_\_\_\_  
Employeur/Indépendant      Employé(e)  
Lieu et date

\_\_\_\_\_  
CP FSA  
Lieu et date

L'employeur/indépendant et la personne à assurer déclarent avoir compris les questions susmentionnées. Elles/ils attestent que les données sont complètes et véridiques et prennent connaissance du fait qu'en cas de données incorrectes ou incomplètes, la CP FSA peut, dans le cadre des dispositions légales, réduire voire refuser les prestations, ainsi que faire valoir des prétentions en dommage et intérêts.