

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°

Assuré en tant que		<input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Employé	
Groupe de personne Selon le formulaire „Choix du plan de prévoyance“, annexe au contrat d'affiliation			
Fonction au sein de l'étude		<input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Avocat collaborateur <input type="checkbox"/> Autres employés	
Nom			
Prénom			
Adresse privée (rue, NPA et localité)			
Date de naissance	N° AVS		
Langue		<input type="checkbox"/> allemand <input type="checkbox"/> français	
Sexe		<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	
État civil <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	
Date de mariage / du partenariat enregistré			
Nom et date de naissance du conjoint/du partenaire enregistré			
Nombre d'enfants (de moins de 25 ans)			
Début de l'assurance			
Salaire / revenu annuel déterminant - Indépendant : revenu AVS brut - Employé : Salaire AVS brut			
Taux d'occupation en %		%	
Membre FSA		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Lieu et date

Signature Employeur/Indépendant

Signature CP FSA

L'employeur/indépendant déclare avoir compris les questions susmentionnées. Il atteste que les données sont complètes et véridiques et prend 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.

Le verso doit être impérativement rempli par la personne à assurer!

Annonce d'entrée

Contrat N° _____

Nom et Prénom	
Date de naissance	

Prestation de libre passage (des précédentes institutions de prévoyance)

Étiez-vous assujéti à l'assurance obligatoire selon la LPP ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui : Nom et adresse de l'institution de prévoyance précédente (merci de joindre une copie du décompte de sortie)		
Avez-vous des prestations de libre passage à transférer ?	<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		
Encouragement à la propriété du logement (EPL) : Cas déjà intervenus	<input type="checkbox"/> Retrait anticipé CHF :	<input type="checkbox"/> Mis en gage Valeur :

Questions de santé *Pour les questions 1 et 2.1/2.2, il n'est pas nécessaire de déclarer les amygdalites et appendicites, la grippe, les refroidissements, les oreillons, la rougeole, la rubéole et la varicelle.*

1. Êtes-vous actuellement en bonne santé et en pleine capacité de travail ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
2.1. Avez-vous suivi au cours des cinq dernières années, suivez-vous actuellement ou prévoyez-vous de suivre un traitement médical ou psychologique ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
2.2. Avez-vous, pour des raisons de santé, dû interrompre votre activité professionnelle pendant plus de 30 jours au cours des cinq dernières années ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
3. L'institution de prévoyance précédente a-t-elle émis une réserve pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
4.1. Recevez-vous actuellement des prestations d'invalidité ? (Si oui, veuillez joindre la décision)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
4.2. Avez-vous déjà reçu des prestations d'invalidité ? (Si oui, veuillez joindre la décision)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
4.3. Avez-vous présenté à l'assurance invalidité fédérale (AI) ou l'assurance accidents une demande de prestations ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Chiffre	Motif/Lésion	Date	Guéri oui/non	Séquelles	Nom et adresse de l'expert consulté

Le médecin-conseil de la CP FSA ou celui de son réassureur est autorisé à obtenir des informations sur l'état de santé de la personne à assurer lors de sa demande d'admission à l'assurance. La personne à assurer délie à cet effet toutes les personnes dispensant des traitements (médecins, psychothérapeutes, chiropracteurs) et les institutions médicales de leur secret professionnel, ainsi que toutes les autres compagnies d'assurances de leur obligation de garder le secret. La validité du contrat d'assurance dépend de l'exactitude des informations fournies. De fausses indications peuvent conduire la CP FSA à refuser les prestations ou à les réduire au minimum LPP.

Si l'annonce d'entrée est effectuée plus de 4 semaines avant la date d'entrée, la personne à assurer devra à nouveau répondre aux questions de santé.

À remplir que par les indépendants :

Quand est-ce que vous avez commencé votre activité indépendante ? Veuillez indiquer la date exacte	
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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

La personne à assurer déclare avoir compris les questions susmentionnées. Elle atteste 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.

Lieu et date	Signature de la personne à assurer
---------------------	---