

Formulaire d'affiliation pour les assurés

Caisse de pensions de l'Employeur

Caisse de pensions	
--------------------	--

Informations personnelles

Nom :	Sexe :	Langue :
Prénom :	Etat civil :	
Adresse privée :	Date de mariage :	
NPA, lieu :	Date de divorce :	
Nationalité :	✓ versez-vous une pension alimentaire ?	
Date de naissance :	No AVS :	
No de portable :	Email :	

Conjoint

Nom/prénom :	Date de naissance :
--------------	---------------------

Données d'entrée / Données salariales / Genre d'occupation

Début d'affiliation		Entrée dans société	
Salaire AVS annuel		Fonction	
Taux d'activité	%	Statut professionnel	
Taux de capacité de travail	%		

Si un avoir de libre passage sera transféré auprès de notre Fondation, veuillez indiquer ci-dessous le montant.

.....

Si des avoirs de prévoyance ou de libre passage ont été mis en gage, auprès de quel créancier gagiste ?

.....

Si vous avez fait un prélèvement anticipé pour l'acquisition du logement, veuillez nous indiquer ci-dessous la date et le montant.

.....

Autorisations

J'autorise la Fondation à transférer ma prestation de sortie à Elite Fondation de libre passage ou à l'Institution Supplétive au cas où ma sortie anticipée de la Fondation ne serait pas notifiée dans les délais.

Pour permettre au plus tôt la prise d'éventuelles mesures destinées à réduire le dommage en cas d'incapacité de travail, je m'engage à annoncer immédiatement tous les sinistres ou les événements susceptibles d'entraîner une incapacité de gain à long terme.

Je m'engage à répondre correctement au questionnaire de santé et à annoncer à la caisse de pensions toute modification de mon état de santé survenant avant la réponse du réassureur.

J'autorise la Fondation à remettre à l'Employeur la facture relative à la répartition des frais entre les assurés de la Caisse de pensions ainsi qu'un relevé de la composition des placements au Président de la Caisse de pensions et les comptes annuels, sur demande, à chaque assuré de la Caisse de pensions selon les exigences de l'article 86b al. 2 LPP.

Lieu, date	Signature de la personne à assurer	Signature de l'employeur