

Demande d'admission (à remplir par l'employeur en caractères d'imprimerie)

1. Données contractuelles :

Employeur : N° de contrat :
Catégorie :

2. Coordonnées de la personne à assurer :

Nom : Prénom :
Rue, n° : NPA / lieu :
Date de naissance : N° AVS :
E-mail privé : Téléphone / portable privé :
État civil : célibataire marié(e)* en partenariat enregistré* divorcé(e)* veuf/veuve*
*Date du mariage / partenariat enregistré / divorce / veuvage :
Sexe : masculin féminin
Langue : allemand français anglais

3. Rapport de prévoyance :

Début au :
Salaire annuel en CHF : Taux d'activité en % :
Vous trouverez des informations détaillées sur le salaire annuel dans le règlement de prévoyance ou le plan de prévoyance.

4. L'employeur confirme que la personne à assurer dispose ou disposait de sa pleine capacité de travail au début de la prévoyance :

oui
 non Si non, degré de l'incapacité de travail : % En incapacité de travail depuis :

5. Remarque :

.....
.....

6. Signature :

Par sa signature, l'employeur atteste de l'exhaustivité et de l'exactitude des informations fournies.

.....
Lieu, date

.....
Timbre et signature de l'employeur

Questionnaire personnel (A remplir par la personne à assurer)

Nom, prénom : Employeur :

1. Taille : cm Poids : kg

2. Êtes-vous actuellement et au moment où débute l'assurance en incapacité de travail partielle ou complète ? non oui

.....
Si oui, taux de l'incapacité de travail en % du au

3. Avez-vous demandé des prestations de sécurité sociale (AI, AA, AM) ou des prestations d'un autre assureur ? non oui

.....
Si oui, auprès duquel ?

4. Prenez-vous actuellement des médicaments ou vous en a-t-on prescrit ? non oui

.....
Si oui, quels médicaments ? Motif de la médication ? du au

.....
Médecin responsable (nom et adresse précise)

5. Avez-vous déjà été traité en raison de consommation d'alcool ou de drogues, ou vous a-t-on déjà recommandé ou conseillé de subir un tel traitement ? non oui

.....
Si oui, quand ? Durée ? Quel traitement ?

6. Existait-il une réserve ou une surprime pour raisons de santé auprès de l'institution de prévoyance de votre employeur précédent ? non oui

.....
Si oui, depuis quand et pour quel motif (Joindre copies) ? Nom de l'ancienne institution de prévoyance

7. Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des cinq dernières années de maladies, de troubles ou d'affections physiques, psychiques ou mentales ? Souffrez-vous des conséquences d'un accident, d'une maladie ou d'une infirmité ? non oui

Genre de maladie / d'accident ; infirmité ; traitements ; examens	du	au	Durée de l'incapacité de travail	Médecin ou hôpital avec indication précise de l'adresse et du service

8. Existait-il une institution de prévoyance séparée pour la prévoyance surobligatoire auprès de votre ancien employeur ? non oui

Nom de l'institution de prévoyance :

9. Êtes-vous ou étiez-vous déclaré comme indépendant et avez-vous versé des cotisations dans le „grand pilier 3a“ (Le grand pilier 3a est seulement possible, si aucune couverture de la prévoyance professionnelle n'existe) ? non oui

Nom de la fondation 3a :

10. Êtes-vous arrivé en Suisse après le 01.01.2006 ? non oui

Si oui, depuis quand habitez-vous en Suisse ?

Depuis quand êtes-vous assuré auprès d'une institution de prévoyance suisse ?

Conditions d'admission

La Fondation et le réassureur décident, suite à la déclaration de santé, de l'acceptation de l'assurance. Ils peuvent exiger un rapport médical.

Autorisation

Par la présente, je déclare avoir répondu à toutes les questions de ce formulaire de façon exhaustive et conforme à la vérité. J'ai pris acte du fait que le non-respect de l'obligation de déclarer peut entraîner une réduction ou un refus de prestations, et que des dommages et intérêts peuvent m'être réclamés. J'autorise la Fondation et son réassureur à traiter les données nécessaires en vue de l'examen du risque, de l'examen du droit aux prestations et de l'exécution du contrat. Si nécessaire, les données peuvent être transmises, notamment à des institutions de prévoyance auxquelles je suis ou ai été affilié(e). En outre, la Fondation et ses réassureurs sont en droit de se procurer auprès de tiers, notamment auprès de personnes du corps médical et de leur personnel auxiliaire, des autorités et des assurances sociales, de même qu'auprès d'institutions de prévoyance auxquelles je suis ou ai été affilié(e), tout renseignement utile concernant le déroulement des prestations, en particulier aux fins d'examen du risque et de gestion des cas de prestation. La Mobilière est également autorisée à se procurer des données personnelles sensibles (telles que des données médicales) et des profils de personnalité ou de consulter des dossiers officiels nécessaires à l'évaluation du risque et à l'examen du droit aux prestations. À cette fin, je délègue expressément les personnes du corps médical et leur personnel auxiliaire du secret médical.

Si la coordination avec d'autres contrats dans le cadre desquels je suis assuré(e) pour la prévoyance professionnelle auprès du même assureur est nécessaire pour l'exécution du contrat d'assurance vie collective, ou si le traitement du cas de prestation l'exige, je consens à ce que l'assureur transmette des données personnelles (y c. des données sensibles telles que les données médicales) en vue de leur traitement à des tiers qui sont parties au contrat d'assurance vie collective en Suisse et à l'étranger ou à un autre contrat dans le cadre duquel je suis assuré(e) pour la prévoyance professionnelle auprès du même assureur, en particulier à des co-assureurs et réassureurs, ainsi qu'aux institutions de prévoyance auxquelles je suis ou ai été affilié(e), de même qu'aux sociétés de l'assureur participant à l'exécution des rapports d'assurance.

En cas de besoin, je suis d'accord que pour assurer la qualité de conseil, des informations relatives à la prévoyance (hormis les questions sur la santé) peuvent être mises à la disposition du partenaire bancaire / gestionnaire de fortune ainsi que du courtier / interlocuteur concerné.

.....
Lieu, date

.....
Signature de la personne à assurer

03/2024