

## Formulaire d'entrée pour indépendants

Les médecins n'ayant pas le statut d'indépendant délivré par une caisse de compensation AVS sont considérés comme salarié(e)s. Le cas échéant, veuillez remplir le formulaire «Annonce d'entrée pour employé(e)s».

Employeur ..... Lieu/Canton .....

N° d'entreprise ..... Plan .....

Délai d'attente ..... Catégorie .....

Adhésion à des associations professionnelles? asmac:  Oui  Non SSO:  Oui  Non

Autres: .....

### Identité de la personne assurée

Civilité ..... Titre .....

Nom ..... Prénom .....

Rue/N° ..... NPA/Lieu .....

Date de naissance ..... N° d'ass. sociale .....

Téléphone (pendant la journée) ..... E-mail .....

### Sexe

féminin  masculin

### Langue

allemand  français  italien

### Etat civil

célibataire  marié(e) depuis .....  divorcé(e) depuis .....  veuf/veuve

partenariat enregistré depuis .....

partenariat dissous  judiciairement depuis .....  par décès .....

### Début de l'assurance

01. .... Taux d'occupation en % .....

### Salaire déterminant

(au maximum salaire AVS)

CHF .....

La personne à assurer n'est **pas** en pleine capacité de travail au début de l'entrée dans l'entreprise, resp. au début de l'assurance ?

Oui  Non

Au cours des 5 dernières années, est-ce que la personne à assurer a subi une incapacité de travail de plus de 4 semaines ?

Oui  Non

Existe-t-il déjà une invalidité auprès d'une autre assurance sociale, (AI, AA, AM) ou au moins une annonce d'incapacité de gain ?

Oui  Non

Existe-t-il une réserve pour raison de santé dans une précédente institution de prévoyance (IP) ?

Oui  Non

Si oui, veuillez remplir la déclaration de santé et joindre les copies des documents adéquats. Disponible sur notre page d'accueil: [www.medpension.ch](http://www.medpension.ch)

Si le salaire annuel déterminant dépasse CHF 88'200.00, veuillez remplir le formulaire «Déclaration de santé».

### Événements déjà survenus

(veuillez s.v.p. joindre une copie du décompte)

retrait anticipé (EPL)  mise en gage  divorce

### Cotisations épargne volontaires (plans à choix)

(veuillez s.v.p. joindre le formulaire «Cotisations épargne complémentaires (Plans à choix)»)

Oui  Non

### Institution de prévoyance précédente (caisse de pensions) ou fondation le libre passage

(veuillez s.v.p. joindre une copie du décompte de sortie)

Un bulletin de versement vous parviendra prochainement pour le transfert de la prestation de libre passage.

Oui  Non

Nom ..... Rue/N° .....

NPA/Lieu.....

### Lieu/Date

### Timbre et signature

La personne à assurer déclare avoir compris les questions posées. Elle atteste que les données renseignées sont complètes et véridiques. Par sa signature, elle confirme avoir pris acte du fait qu'en cas de données incorrectes ou incomplètes, Medpension peut réduire voire refuser ses prestations, ainsi que faire valoir des prétentions en dommages et intérêts. De plus, elle déclare avoir pris connaissance du règlement de prévoyance, ainsi que de la déclaration de protection des données se trouvant sur le site internet de Medpension.

(Page 2, pour l'impression et comme page de couverture pour l'envoi avec une enveloppe à fenêtre)

Medpension vsao asmac  
Brunnhofweg 37  
Case postale 319  
3000 Berne 14

Medpension vsao asmac  
Brunnhofweg 37  
Case postale 319  
3000 Berne 14