

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: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non SSO: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Identité de la personne assurée		Autres: _____	

Civilité	_____	Titre	_____
Nom	_____	Prénom	_____
Rue/N°	_____	NPA/Lieu	_____
Date de naissance	_____	N° d'ass. sociale	_____
Téléphone (pendant la journée)	_____	E-mail	_____
Sexe	Langue		
<input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin	<input type="checkbox"/> allemand <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> 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)

Étiez-vous en incapacité de travail au moment de votre entrée dans l'entreprise ou au début de l'assurance, ou étiez-vous en incapacité de travail au cours des six mois précédents?

Avez-vous subi une incapacité de travail totale ou partielle de plus de 4 semaines au cours des 5 dernières années?

Recevez-vous des prestations d'une assurance sociale (AI, AA, AM, caisse de pension) ou avez-vous déposé une demande de prestation par le passé ou êtes-vous en train d'effectuer une telle demande?

Existe-t-il une réserve pour raison de santé dans une précédente Institution de prévoyance LPP?

CHF

Oui Non

Oui Non

Oui Non

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

Si le salaire annuel déterminant dépasse CHF 181'440.00, veuillez remplir le formulaire « Déclaration de santé ».

Événements déjà survenus retrait anticipé (EPL) mise en gage divorce

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

Cotisations épargne volontaires (plans à choix) Oui Non

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

Institution de prévoyance précédente (caisse de pensions) ou fondation de libre passage Oui Non

(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.

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.

Medpension vsao asmac
Brunnhofweg 37
Case postale 319
3000 Berne 14

Medpension vsao asmac
Brunnhofweg 37
Case postale 319
3000 Berne 14