

Formulaire d'entrée pour employé(e)s

Ce formulaire doit être rempli dès l'entrée (au plus tard dans les 10 jours suivant l'entrée) par l'employeur (page 1) et par la personne assurée (page 2) et doit être remis à Medpension.

Employeur	_____	Lieu/Canton	_____
N° d'entreprise	_____	Plan	_____
Délai d'attente	_____	Catégorie	_____

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.** _____ **Entrée dans l'entreprise** _____

Taux d'occupation en % _____

Salaire annuel déterminant

(salaire AVS inclus le 13ème mois)

CHF

Lieu/Date

Timbre et signature de l'employeur

Cette page doit être remplie par la personne assurée.

Afin d'évaluer le risque d'assurance, un examen de santé est effectué lors de l'entrée à la Fondation.

Employeur _____ Lieu/Canton _____
N° d'entreprise _____ Catégorie _____

Données relatives à la personne assurée

Nom _____ Prénom _____
Rue/N° _____ NPA/Lieu _____
Date de naissance _____ N° d'ass. sociale _____

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?

Oui Non

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

Oui Non

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?

Oui Non

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

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

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

Événements déjà survenus

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

retrait anticipé (EPL) mise en gage divorce

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)

Nom _____ Rue/N° _____
NPA/Lieu _____

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

Lieu/Date

Timbre et signature de la personne assurée

Ce formulaire doit être remis à Medpension.

(Page 3, 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