

Annnonce d'une nouvelle entrée ou modification des prestations d'assurance

Raison de l'annonce

Entrée dans la fondation
Modification de salaireChangement des données personnelles
Modification des prestations**Date d'entrée en vigueur**

Employeur

Numéro de contrat: Nom: Code postal/Lieu:

Personne assurée

Fonction:
Nom:
Prénom:
Rue:
Code postal:
Lieu:E-Mail:
Téléphone / Mobile:
Numéro AVS (13 positions):
Activité professionnelle:
Date de naissance:
Sexe: F M
Langue: all fr it

Etat civil

Marié(e) Célibataire Veuf/veuve Divorcé(e)

Conjoint(e)

Nom et prénom:
Date de naissance:
Date du mariage/du divorce:

Salaire annuel AVS

(en cas d'entrée au cours de l'année : salaire AVS pour l'année entière)CHF:
Taux d'activité:

Autres informations sur la personne assurée

Je demande le droit à une rente de concubin(e) (pas nécessaire pour les personnes mariées) Oui Non

Transfert de la prestation de libre-passage

Conformément à la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité (LPP), vous êtes tenus de transférer à la fondation toutes les prestations de libre-passage provenant de comptes ou de polices de libre-passage ou encore des institutions de prévoyance antérieures.

Couverture d'assurance

Nous prenons connaissance du fait que la couverture d'assurance dépend de l'exactitude des informations ci-dessus, que VSMplus peut réduire ou refuser la couverture d'assurance en cas d'information incorrectes, selon les règles légales et que nous sommes nous-mêmes responsables des conséquences du non-respect des dispositions légales, en raison d'informations incorrectes ou incomplètes.

Lieu, date _____

Signature de la personne à assurer



Timbre et signature de l'employeur



En cas de litige quant à l'interprétation du présent règlement, seul le texte allemand fera foi.

Contrat No:

Nom:

Prénom:

Déclaration de santé

Important : la déclaration de santé doit être complétée et signée par la personne à assurer!

Ne pas indiquer les traitements médicaux ou une incapacité de travail suite à une inflammation de l'appendice ou des amygdales, à des soins dentaires, à la prescription de moyens de contraception, à l'accouchement ou encore à des bilans de santé.

Etes-vous actuellement ou au moment où débute l'assurance en incapacité de travail partiel ou totale?

Oui Non

Si oui: Degré d'incapacité de travail en % _____ Depuis quand? _____

Avez-vous fait une demande de prestation auprès d'une assurance sociale (AI, AA, AM) ou d'une autre assurance? (Merci de joindre une copie de la décision, pour autant qu'elle soit disponible)

Oui Non

Si oui, auprès de qui? _____

Taille

Poids

_____cm

_____kg

Prenez-vous actuellement des médicaments ou vous en a-t-on prescrits?

Oui Non

Si oui, depuis quand? _____ jusqu'à quand? _____

Lesquels et pourquoi?

Médecin (adresse exacte)? _____

Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement en lien avec la consommation d'alcool ou de drogues ou bien vous a-t-il été conseillé ou recommandé de le faire?

Oui Non

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

Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 5 dernières années de maladies, troubles ou d'affections physiques ou psychiques? Souffrez-vous des conséquences d'un accident, d'une maladie ou d'une infirmité?

Oui Non

Si oui, desquelles?

Genre de la maladie, d'accident, d'infirmité, de traitements, d'exams	de	à	Durée de l'incapacité de travail	Médecin ou hôpital avec adresse exacte et département	Guérison réussie?	
					Oui	Non
					Oui	Non
					Oui	Non
					Oui	Non
					Oui	Non

La fondation se réserve le droit d'examiner l'admission aux conditions réglementaires, sur la base d'un rapport médical.

Contrat No.:

Nom:

Prénom:

Rapports de prévoyance précédents (à remplir qu'en cas de nouvelle entrée dans la fondation)

Existait-il une réserve ou surprime, pour des raisons de santé, auprès de l'institution de prévoyance précédente?

Oui Non

Si oui, depuis quand? _____ Pour quelle raison? _____

- ➔ Merci de nous transmettre votre attestation de prévoyance auprès de l'institution de prévoyance de votre ancien employeur.

Explications sur l'obligation de déclarer et la protection des données

Par la présente, je déclare avoir répondu à toutes les questions de ce formulaire de façon exhaustive et conforme à la vérité. Je suis conscient(e) qu'une violation de l'obligation de déclarer peut conduire à la réduction ou au refus de prestations et que des dommages et intérêts peuvent être demandés.

En signant le présent formulaire, j'autorise la fondation respectivement La Mobilière Suisse Société d'assurances sur la vie SA, Nyon (ci-après « La Mobilière »), en tant qu'assureur de la fondation, à traiter les données collectées (p. ex. nom, date de naissance, etc.) en vue de l'examen du risque, de l'exécution du contrat d'assurance vie collective et de l'examen du droit aux prestations. En outre, la fondation respectivement la Mobilière sont en droit de se procurer auprès de l'assureur précédent ou auprès de tiers, notamment auprès des personnes du corps médical et de leur personnel auxiliaire, des autorités, des assurances sociales, de même qu'auprès des 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 fondation et la Mobilière sont également autorisées 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. A cette fin, je libère expressément les personnes du corps médical et leur personnel auxiliaire de leur devoir de discrétion.

Si l'exécution du contrat d'assurance vie collective nécessite la coordination avec d'autres contrats par lesquels je suis également assuré auprès de la Mobilière dans le cadre de la prévoyance professionnelle, ou si le traitement du cas de prestation l'exige, je consens à ce que la Mobilière transmette des données personnelles (y compris des données particulièrement sensibles, telles que des données médicales), en vue de leur traitement, à des tiers en Suisse et à l'étranger participant au contrat d'assurance vie collective ou à un autre contrat par lequel je suis également assuré auprès de la Mobilière dans le cadre de la prévoyance professionnelle, en particulier aux coassureurs et réassureurs, de même qu'aux institutions de prévoyance auxquelles je suis ou ai été affilié(e), ainsi qu'à des sociétés du Groupe Mobilière participant à l'exécution du rapport d'assurance.

Lieu, Date

Signature de la personne assurée

