Merlion
PENSIONSKASSE
CAISSE DE PENSION
CASSA PENSIONE

Reset

Annonce

Contrat nº /

Prévoyance LPP

Employeur
Nom et localité

Personne assurée
Nom | Prénom | Numéro d'assuré

Rue, NPA et localité | Date de naissance | Sexe ☐ m ☐ f

Etat civil
☐ Célibataire
☐ Marié(e) depuis .....
☐ Veuf/veuve
☐ Divorcé(e)
☐ Lié(e) par un partenariat enregistré
☐ En partenariat dissous par décès
☐ En partenariat dissous judiciairement

Entrée dans l'entreprise | Entrée dans l'institution de prévoyance

Indications relatives au rapport de prévoyance
Salaire
Salaire annuel AVS projeté en CHF | Taux d'occupation en %

Appartenance à un collectif
☐ Collaborateur ☐ ..... (cadre, membre de la direction, etc.)

Transfert prestation de libre passage
☐ La prestation de libre passage **a été versée** par l'ancienne institution de prévoyance à Credit Suisse (Suisse) SA à Zurich, sur le compte IBAN CH70 0483 5248 6615 6100 0 de la caisse de pension Merlion à Wallisellen.

☐ La prestation de libre passage **sera versée** par l'ancienne institution de prévoyance à Credit Suisse (Suisse) SA à Zurich, sur le compte IBAN CH70 0483 5248 6615 6100 0 de la caisse de pension Merlion à Wallisellen.

Capacité de travail
Entière capacité de travail
☐ Oui ☐ Non

Pour les personnes ne jouissant pas de leur entière capacité de travail, nous remettons le formulaire «Complément à l'annonce» (pour la définition de la capacité de travail, voir Indications relatives à l'annonce).
Nous confirmons que la personne désignée par une croix dans «Oui» jouit de sa entière capacité de travail.

Couverture d'assurance
Nous prenons acte de ce que l'octroi de la couverture d'assurance dépend de l'exactitude de la déclaration ci-dessus et que la Caisse de pension peut légalement se départir de l'assurance dans le cas où des informations erronées auraient été fournies. Pour de plus amples détails sur la couverture d'assurance, voir Indications relatives à l'annonce

Cotisations
La cotisation de prévoyance est pour moitié à la charge de la personne assurée et pour moitié à la charge de son employeur.

L'employeur prend acte du fait qu'il doit virer les cotisations de l'employeur et de l'employé à l'organe de gestion.

Signature
Les indications ci-dessus ont été vérifiées et jugées exactes.

Date | Cachet et signature de l'employeur

À retourner à
Pensionskasse Merlion
Durchführungsstelle
Postfach 300
8401 Winterthur

Indications relatives à l'annonce

Capacité de travail

Est considérée comme ne jouissant pas de son entière capacité de travail la personne qui, au début de l'assurance,

- n'est pas entièrement capable de travailler pour des raisons de santé,
- touche des indemnités journalières en raison d'une maladie ou d'un accident,
- a été annoncée à une assurance-invalidité d'Etat,
- touche une rente en raison d'une invalidité totale ou partielle,
- ne peut plus, pour des raisons de santé, exercer à temps complet une activité correspondant à sa formation et à ses capacités.

Toutes les autres personnes sont considérées comme jouissant de leur entière capacité de travail.

Formulaire «Complément à l'annonce»

Le formulaire «Complément à l'annonce» doit nous être remis pour toutes les personnes qui ne jouissent pas de leur entière capacité de travail au sens de la définition ci-dessus.

Ce formulaire doit en outre nous être remis pour les personnes dont les prestations assurées – dès le début ou en raison d'une modification de leur assurance – dépassent certaines limites. Nous vous indiquons quelles sont les personnes auxquelles cette règle est applicable.

Au besoin, l'admission peut être subordonnée à l'avis d'un médecin ou au résultat d'un examen médical dont nous prenons en charge les frais.

Si la personne assurée refuse de collaborer dans le cadre de l'examen médical, la Fondation peut prononcer une exclusion de prestations pour les risques d'invalidité et de décès. La durée de cette exclusion est de cinq ans au plus.

Couverture du risque

La couverture est **définitive et sans réserves** pour les personnes pour lesquelles un «Complément à l'annonce» n'est pas nécessaire.

Pour les autres personnes, la couverture est **définitive et sans réserves** pour

- les prestations minimales au sens de la LPP (si assurées),
- les prestations acquises au moyen de la prestation de libre passage apportée, pour autant qu'elles aient été assurées sans réserves auprès de l'institution de prévoyance précédente.

Pour les autres prestations, la couverture est d'abord **provisoire**. Nous vous communiquons par écrit si la couverture de prévoyance peut être accordée normalement ou avec une réserve (restriction), ou si la couverture d'assurance est exclue.

Totalité des rapports de prévoyance

Si la somme de tous ses salaires et revenus soumis à l'AVS dépasse le décuple du montant-limite supérieur selon la LPP, la personne assurée est tenue d'informer chacune de ses institutions de prévoyance de la totalité de ses rapports de prévoyance.

Merion
PENSIONSKASSE
CAISSE DE PENSION
CASSA PENSIONE

Reset

Complément à l'annonce

Contrat nº /

Personne assurée

Nom | Prénom | Numéro d'assuré

Rue, NPA et localité | Date de naissance | Sexe ☐ m ☐ f

Activité actuelle

Joignable

Adresse e-mail privée | N° de téléphone

Taille (cm) | Poids (kg)

Questions relatives à l'état de santé

Celles-ci se réfèrent aux **5 dernières années** précédant le début de l'assurance ou le moment de l'augmentation des prestations. En cas de réponse positive, merci de fournir les précisions demandées.

Détail

1. Présentiez-vous une incapacité de travail partielle ou totale au début de l'assurance ou, en cas de transformation du contrat, au moment de l'augmentation des prestations? ☐ Oui ☐ Non

Disposez-vous d'une décision de l'AI? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, veuillez la joindre. Sinon, veuillez joindre le cas échéant des décomptes de l'assurance-accidents ou de l'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie.

2. Souffrez-vous de troubles de la santé, d'affections ou des suites d'un accident ou d'une maladie? ☐ Oui ☐ Non

Lesquels | Depuis quand | guéri ☐ 1* | non guéri ☐ 2*

Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)

3. Souffrez-vous d'un ou plusieurs troubles ou affections suivants: arthrose, asthme, affection des yeux, bronchite, hypertension, cholestérol, troubles cardiaques, cancer, paralysie, sclérose en plaques, baisse de la vue ou de l'audition **non** corrigée, troubles psychiques, rhumatismes, dérèglement glandulaire ou thyroïdien, apoplexie, affections de la colonne vertébrale, diabète ou d'autres maladies, symptômes ou troubles non mentionnés ci-dessus? ☐ Oui ☐ Non

Lesquels | De quand à quand | guéri ☐ 1* | non guéri ☐ 2*

Médecins traitants/Hôpitaux (nom et adresse)

Lesquels | De quand à quand | guéri ☐ 1* | non guéri ☐ 2*

Médecins traitants/Hôpitaux (nom et adresse)

Lesquels | De quand à quand | guéri ☐ 1* | non guéri ☐ 2*

Médecins traitants/Hôpitaux (nom et adresse)

*** 1 = guéri(e)/tout est en ordre/traitement terminé**
*** 2 = pas guéri(e)/encore en traitement/sous surveillance**

4. Avez-vous dû interrompre votre activité, même partiellement, durant plus de 2 semaines en raison d'une maladie ou d'un accident? ☐ Oui ☐ Non

Motif | De quand à quand | guéri | non guéri

☐ 1* ☐ 2*

Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)

Motif | De quand à quand | guéri | non guéri

☐ 1* ☐ 2*

Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)

5. Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement médical, chiropratique ou psychologique de plus de 4 semaines, êtes-vous ou avez-vous été sous surveillance pendant plus de 4 semaines ou avez-vous besoin de prendre, prenez-vous ou avez-vous pris régulièrement des médicaments, des antidouleurs, des somnifères, des tranquillisants ou des drogues? ☐ Oui ☐ Non

Pourquoi êtes-vous ou avez-vous été en traitement/sous surveillance? | De quand à quand | guéri | non guéri

☐ 1* ☐ 2*

Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)

Médicaments, etc. | De quand à quand | Doses par semaine

Pourquoi êtes-vous ou avez-vous été en traitement/sous surveillance? | De quand à quand | guéri | non guéri

☐ 1* ☐ 2*

Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)

Médicaments, etc. | De quand à quand | Doses par semaine

6. Avez-vous subi des examens, p. ex. contrôles, radiographies, électrocardiogramme, test VIH, etc., **dont le résultat a révélé une anomalie** (ne pas indiquer les examens génétiques)? ☐ Oui ☐ Non

Lesquels | Quand | guéri | non guéri

☐ 1* ☐ 2*

Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)

Lesquels | Quand | guéri | non guéri

☐ 1* ☐ 2*

Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)

7. Avez-vous subi ou prévoyez-vous de subir une opération (ambulatoire ou stationnaire) ou une intervention vous a-t-elle été recommandée? ☐ Oui ☐ Non

Laquelle | Quand | guéri | non guéri

☐ 1* ☐ 2*

Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)

Laquelle | Quand | guéri | non guéri

☐ 1* ☐ 2*

Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)

8. Quel est le médecin (ou chiropracteur, psychothérapeute) le mieux informé de votre suivi médical?

Nom | Prénom | NPA, localité

*** 1 = guéri(e)/tout est en ordre/traitement terminé**

*** 2 = pas guéri(e)/encore en traitement/sous surveillance**

Indications supplémentaires
en cas de changement d'emploi

Etiez-vous assuré(e), chez votre dernier employeur, dans le cadre d'une institution de prévoyance professionnelle? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, veuillez fournir les indications suivantes:

Entreprise ou institution de prévoyance | Rue, NPA et localité

Existe-t-il une réserve pour raisons de santé de votre dernière caisse de pension? ☐ Oui ☐ Non
(si oui, merci d'en joindre une copie)

Remarques

Déclaration

J'autorise les médecins, psychothérapeutes, physiothérapeutes, chiropracteurs, hôpitaux, assureurs-accidents et d'une indemnité journalière en cas de maladie ainsi que mon ancienne institution de prévoyance à transmettre, dans le cadre de la présente assurance, des renseignements sur mon état de santé et/ou sur mon ancienne couverture d'assurance au service médical d'AXA Vie SA.

Je prends acte de ce que la couverture du risque dépend de l'exactitude des réponses données ci-dessus. Si des informations erronées lui sont communiquées, AXA Vie SA peut, conformément aux dispositions légales, se départir de l'assurance.

Signature

Date | Signature de la personne assurée

A retourner à

Pensionskasse Merlion
Durchführungsstelle
Postfach 300
8401 Winterthur