

Valable à partir du: 1.10.2018

Proposition pour la conclusion
d'une assurance dans le cadre de la prévoyance professionnelle
Groupe générique LPP de la fédération pour les professions non académiques de la santé
Affiliation à la Fondation collective LPP Swiss Life, Zurich

Conseiller:			
Plan de prévoyance:			
Délai d'attente AI:		Durée du contrat:	3 ans

1. Partenaires contractuels

Preneur d'assurance: _____

Employeur (désignation officielle, en cas d'obligation de s'inscrire, joindre les extraits HR ou Teledata)

Nom de la société: _____

(si entreprise individuelle, indiquer le nom du propriétaire)

Forma giuridica: _____

Droit à l'assurance
LPP art. 44 / al. 1:

Les personnes indépendantes ne peuvent adhérer à la fondation collective LPP Swiss Life qu'avec leurs salariés soumis à l'AVS. **est rempli**

Langue du contrat:

français allemand italien anglais

Adresse du domicile	
Interlocuteur:	_____
c/o:	_____
Rue, n° :	_____
Case postale:	_____
NPA, lieu:	_____
n° tél.:	_____
E-mail:	_____@_____
Adresse de correspondance (si elle diffère de celle du domicile)	
Interlocuteur:	_____
c/o:	_____
Rue, n°:	_____
Case postale:	_____
NPA, lieu:	_____
n° tél.:	_____
E-mail:	_____@_____

2. Données relatives aux relations contractuelles

- a) Existe-t-il déjà des contrats d'assurance vie collective chez Swiss Life? oui non

Contrat n°: _____

- b) Existe-t-il - en complément de l'AI, le cas échéant - une assurance d'indemnité journalière couvrant au moins 80% de la perte de salaire pendant 24 mois? oui non

Si oui, nom de l'assurance indemnité-journalière: _____

- c) A quelle caisse de compensation AVS l'employeur est-il affilié?

- d) Naissance de la relation d'affaire

Création d'une entreprise

Présence de personnel assujéti à la LPP pour la première fois
(Début du contrat ultérieur à la date de fondation de l'entreprise)

Changement d'institution de prévoyance

Nom de l'institution de prévoyance/de la
compagnie d'assurance précédente: _____

Qui a résilié le contrat? _____

A quelle date le contrat a-t-il été résilié? _____

Motif de la résiliation _____

(joindre une copie de la confirmation de résiliation)

Si l'institution de prévoyance précédente n'est pas gérée par une compagnie
d'assurance, il faut joindre le contrat d'affiliation correspondant.

- e) L'effectif comporte-t-il des personnes ayant été en incapacité de travail (au moins partielle) pendant plus de 30 jours au cours des 24 derniers mois ou qui souffrent d'une maladie pour laquelle il faut compter avec une incapacité de gain plus longue? oui non

Si oui, veuillez remplir la notice/le formulaire *Liste du personnel IG*. Pour les personnes figurant sur cette liste, il faut également remplir les formulaires *Admission* et *Examen de santé*.

- f) Des collaborateurs (actuels ou anciens) ou leurs proches touchent-ils aujourd'hui des prestations d'assurance (Exonération des primes / rente d'invalidité / rentes de vieillesse / rentes de veuf et de veuve / rente de partenaire) d'une oeuvre de prévoyance existante? oui non

Si oui, joindre la liste des rentes de l'ancienne institution de prévoyance.

- g) Le collaborateur est-il membre d'une association professionnelle? oui non

Si oui, nom de l'association professionnelle: _____

(La possibilité d'affiliation est fonction de la liste des assurances d'association)

- h) Le taux d'occupation des personnes employées à temps partiel doit-il être pris en compte pour déterminer les cotisations et les prestations ? oui non

3. Paiement des primes

Type de paiement souhaité: annuel semestriel trimestriel mensuel

La facturation est établie d'avance tous les ans, indépendamment du mode de paiement choisi.

4. Précision (uniquement lors d'un changement d'assureur)

Il convient d'exiger les documents indispensables au changement auprès de l'institution de prévoyance précédente et de faire le nécessaire pour que les fonds destinés à la prévoyance professionnelle puissent être transférés.

Lieu de paiement: Swiss Life SA
Assurance collective
Case postale 8022 Zurich
IBAN: CH77 0900 0000 8000 0936 4

Motif du paiement:

(Indiquer employeur et n° d'offre ou de contrat)

5. Signatures

Le siège principal de Swiss Life communiquera par écrit l'acceptation ou le rejet éventuel de la demande d'affiliation à l'assurance collective. En sa qualité de proposant, l'employeur prend connaissance du fait que le conseiller en prévoyance n'est pas habilité à fournir des explications détaillées sur la signification ou l'importance des maladies.

Représentant de l'employeur

Nom, prénom

Lieu et date

Signature

Conseiller

Nom, prénom

Lieu et date

Signature

Annexes

- Formulaire de *Admission*
- Formulaire *Liste du personnel IG*
- Formulaire *Examen de santé*
- Liste des rentes de l'institution de prévoyance précédente
- Confirmation de résiliation de l'institution de prévoyance précédente
- Contrat d'affiliation de l'institution de prévoyance précédente
- Registre du commerce ou extrait Teledata (si disponible)