Fondation de prévoyance LPP physioswiss

Secrétariat: VCW Versicherungstreuhand SA, Brandschenkestrasse 30, 8001 Zurich, tél. +41 41 785 04 50, e-mail: physiobvg@vcw.ch

Admission

Employeur	**Cabinet**	
	Rue, n°	
	NPA, domicile	
	Téléphone n°	
	Contrat	**Catégorie d'assurés**
Données personnelles	**Nom**	
	Prénom	
	N° d'assuré	756. **Date de naissance**
	Rue, n°	
	NPA, domicile	
	Téléphone n°	
	Langue (certificat d'assurance)	☒ français ☐ italien ☐ allemand ☐ anglais
	Sexe	☐ Homme ☐ Femme
	État civil	S'il vous plaît choisir!
		Si la pers. est mariée ou si un partenariat a été enregistré, indiquer la date du mariage/de l'enregistrement du partenariat:
Données relatives à l'assurance	**Début de l'assurance**	(début des rapports de travail)
	Salaire annuel	CHF (compris le 13e salaire mensuel)
	Taux d'occupation [1]	% **Dispose de sa pleine capacité de travail?** [2] ☐ oui ☐ non
Questions complémentaires pour les personnes exerçant une activité lucrative indépendante	Depuis quand exercez-vous une activité lucrative indépendante?	
	Avez-vous déjà été assujetti à l'assurance obligatoire selon la LPP?	☐ oui ☐ non
	Dans l'affirmative	du au

Signature

Employeur

Date Lieu Timbre et signature

[1] Une personne à assurer est considérée comme salariée à temps partiel quand son temps de travail hebdomadaire régulier est plus court que celui d'une personne comparable travaillant à temps plein. La personne travaillant à temps partiel doit être en pleine capacité de travail (capacité de travail non réduite pour des raisons médicales, cf. chiffre [2]).

[2] Il faut répondre NON à la question si la personne à assurer...

a) est invalide au sens de l'Assurance invalidité fédérale, de l'assurance accidents ou de l'assurance militaire et/ou si elle perçoit des prestations d'une ou plusieurs de ces institutions;

b) est ou était en incapacité partielle ou totale de travail durant plus de 3 semaines depuis le début de l'assurance pour des raisons médicales;

c) possède une capacité de travail limitée dans la durée pour des raisons médicales.

Prestation de libre passage (provenant de précédentes institutions de prévoyance)	Disposez-vous de prestations de libre passage provenant de précédentes institutions de prévoyance, de comptes ou de polices de libre passage? **Remarque:** le transfert des fonds est prescrit par la loi. (Veuillez s.v.p. utiliser le formulaire correspondant)	☐ oui	☐ non
Propriété du logement	• Avez-vous **mis en gage** le tout ou une partie de vos droits aux prestations de prévoyance? Si oui, joindre une copie du contrat de gage.	☐ oui	☐ non
	• Avez-vous demandé le **versement anticipé** du tout ou d'une partie de votre prestation de libre-passage?	☐ oui	☐ non
	Si oui: date et montant _____ _____ CHF		
	• Objet: ☐ Maison familiale ☐ Propriété par étage		
Questions adressées à la personne à assurer	1. Avez-vous eu des problèmes de santé durant les cinq années précédant le début de l'assurance, qui ont conduit à une incapacité de travail d'une durée supérieure à 3 semaines, ou avez-vous actuellement des problèmes de santé? Si oui, lesquels? _____	☐ oui	☐ non
	2. Êtes-vous-vous en ce moment en traitement ou sous surveillance médical(e) et/ou psychothérapeutique et/ou en traitement auprès d'un chiropracticiens? Si oui, auprès de qui? Nom _____ Adresse: _____	☐ oui	☐ non
	3. Prenez-vous régulièrement des médicaments? Si oui, lesquels? _____	☐ oui	☐ non
	4. Recevez-vous des prestations de l'AI, de l'assurance militaire, de l'assurance accidents, de la LPP, d'une assurance sociale étrangère ou d'une autre assurance, ou avez-vous fait une demande dans ce sens? Si oui: • de quelle institution? _____ • pour quel degré d'invalidité? ____ % • Montant annuel en CHF _____	☐ oui	☐ non
	Prière de joindre les décisions de ces institutions à la présente demande d'admission.		
Questions supplémentaires pour les indépendants	Quand la personne à assurer s'est-elle établie à son compte? _____		
	La personne à assurer était-elle jusque-là soumise à l'assurance obligatoire LPP?	☐ oui	☐ Non
	Si oui: de quelle date _____ à quelle date _____		

Dispense du secret professionnel ou du secret de fonction et droit de consultation du dossier
Dans la mesure où cela est nécessaire à l'application de la prévoyance en faveur du personnel (examen du risque ou traitement du cas de prévoyance concret), le signataire délie l'assurance invalidité fédérale, l'assurance militaire, les assurances accidents, d'autres institutions de prévoyance et les institutions de prévoyance précédentes, les assurances maladie et les assurances d'indemnité journalière, les éventuelles assurances étrangères ainsi que tous les médecins traitants du secret professionnel et de fonction vis-à-vis de Swiss Life et de la fondation. Par ailleurs, elle autorise les institutions et les personnes précitées à communiquer à Swiss Life et à la fondation, si besoin est, tous les renseignements nécessaires **(y compris les données médicales)** et à lui donner le droit de consulter les dossiers correspondants. Seules les informations concrètes et nécessaires seront demandées. De plus, le signataire est d'accord avec le fait que Swiss Life et la fondation fassent circuler ses informations personnelles ainsi que ses données médicales au sein de Swiss Life pour examen des prestations ainsi que pour la lutte contre la fraude à l'assurance et les communiquent aux autres assureurs et réassureurs concernés. La personne soussignée prend par ailleurs connaissance du fait que Swiss Life peut mandater des tiers pour la conservation et le traitement des données. Les données sont traitées par Swiss Life, la fondation et les tiers mandatés de façon strictement confidentielle et ne sont utilisées que pour l'exécution des termes du contrat de prévoyance ou d'assurance.

Signature de la personne à assurer

_____ _____ _____
Date Lieu Signature

En cas de déclarations inexactes ou incomplètes, Swiss Life et la fondation peuvent réduire ou refuser les prestations dans le cadre des dispositions légales.

Adresse d'envoi

Prière d'envoyer le présent formulaire à:

Fondation de prévoyance LPP physioswiss
c/o VCW Versicherungstreuhand SA
Secrétariat
Brandschenkestrasse 30
8001 Zurich