

## Annonce 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 .....

La personne à assurer n'est **pas** en pleine capacité de travail au début de l'entrée dans l'entreprise, resp. au début de l'assurance ?

Oui  Non

Au cours des 5 dernières années, est-ce que la personne à assurer a subi une incapacité de travail de plus de 4 semaines ?

Oui  Non

Existe-t-il déjà une invalidité auprès d'une autre assurance sociale, (AI, AA, AM) ou au moins une annonce d'incapacité de gain ?

Oui  Non

Existe-t-il une réserve pour raison de santé dans une précédente institution de prévoyance (IP) ?

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](http://www.medpension.ch)

Remarque: Si le salaire annuel déterminant dépasse CHF 86'040.00, 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 le 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.

Medpension vsao asmac  
Brunnhofweg 37  
Case postale 319  
3000 Berne 14

Medpension vsao asmac  
Brunnhofweg 37  
Case postale 319  
3000 Berne 14