

Formulaire d'entrée pour indépendants

Les médecins n'ayant pas le statut d'indépendant délivré par une caisse de compensation AVS sont considérés comme salarié(e)s. Le cas échéant, veuillez remplir le formulaire «Annonce d'entrée pour employé(e)s».

Employeur Lieu/Canton
N° d'entreprise Plan
Délai d'attente Catégorie
Membre de l'association ASMAC Oui Non

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. Taux d'occupation en %

Salaire déterminant

(au maximum salaire AVS)

CHF

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

Si le salaire annuel déterminant dépasse CHF 88'200.00, veuillez remplir le formulaire «Déclaration de santé».

Événements déjà survenus

(veuillez s.v.p. joindre une copie du décompte)

retrait anticipé (EPL) mise en gage divorce

Cotisations épargne volontaires (plans à choix)

(veuillez s.v.p. joindre le formulaire «Cotisations épargne complémentaires (Plans à choix)»)

Oui Non

Institution de prévoyance précédente (caisse de pensions) ou fondation le libre passage

(veuillez s.v.p. joindre une copie du décompte de sortie)

Un bulletin de versement vous parviendra prochainement pour le transfert de la prestation de libre passage.

Oui Non

Nom Rue/N°

NPA/Lieu.....

Lieu/Date

Timbre et signature de l'employeur

La personne à assurer déclare avoir compris les questions posées. Elle atteste que les données renseignées sont complètes et véridiques. Par sa signature, elle confirme avoir pris acte du fait qu'en cas de données incorrectes ou incomplètes, Medpension peut réduire voire refuser ses prestations, ainsi que faire valoir des prétentions en dommages et intérêts. De plus, elle déclare avoir pris connaissance du règlement de prévoyance, ainsi que de la déclaration de protection des données se trouvant sur le site internet de Medpension.

(Page 2, pour l'impression et comme page de couverture pour l'envoi avec une enveloppe à fenêtre)

Medpension vsao asmac
Brunnhofweg 37
Case postale 319
3000 Berne 14

Medpension vsao asmac
Brunnhofweg 37
Case postale 319
3000 Berne 14