vsao asmac
medpension
La prévoyance en bonnes mains.

Brunnhofweg 37, Case postale 319, 3000 Berne 14
T +41 31 560 77 77, F +41 31 560 77 88
info@medpension.ch, www.medpension.ch

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 _____

Adhésion à des associations professionnelles? **asmac:** ☐ Oui ☐ Non **SSO:** ☐ Oui ☐ Non

Autres: _____

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

Etat civil

☐ célibataire ☐ marié(e) depuis _____ ☐ divorcé(e) depuis _____ ☐ veuf/veuve

☐ partenariat enregistré depuis _____

☐ partenariat dissous: ☐ judiciairement depuis _____ ☐ par décès

Début de l'assurance _____ Taux d'occupation en % _____

Salaire déterminant
(au maximun salaire AVS)

CHF _____

Étiez-vous en incapacité de travail au moment de votre entrée dans l'entreprise ou au début de l'assurance, ou étiez-vous en incapacité de travail au cours des six mois précédents?	☐ 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
Avez-vous subi une incapacité de travail totale ou partielle de plus de 4 semaines au cours des 5 dernières années?	☐ Oui ☐ Non	
Recevez-vous des prestations d'une assurance sociale (AI, AA, AM, caisse de pension) ou avez-vous déposé une demande de prestation par le passé ou êtes-vous en train d'effectuer une telle demande?	☐ Oui ☐ Non	
Existe-t-il une réserve pour raison de santé dans une précédente Institution de prévoyance LPP?	☐ Oui ☐ Non	

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

Lieu/Date _____

Signature _____

La personne à assurer déclare avoir compris les questions posées. Elle atteste que les données renseignées sont complètes et véridiques. Par sa signa-ture, 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