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 employé(e)s

Ce formulaire doit être rempli dès l'entrée (au plus tard dans les 10 jours suivant l'entrée) par l'employeur 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

Etat civil

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

☐ partenariat enregistré depuis _____

☐ partenariat dissous: ☐ judiciairement depuis _____ ☐ par décès

Début de l'assurance _____ Entrée dans l'entreprise _____

Entrée dans l'entreprise jusqu'au 15 du mois – le début de l'assurance est fixé au premier jour du mois d'entrée.
Entrée dans l'entreprise à partir du 16 du mois – le début de l'assurance est fixé au premier jour du mois suivant.

Taux d'occupation **en %** _____

Salaire annuel déterminant (salaire AVS, 13e mois inclus) **CHF** _____

Capacité de travail

La personne à assurer jouit-elle de sa pleine capacité de travail au moment de son entrée ? ☐ oui ☐ non

Est considérée comme n'étant pas pleinement capable de travailler toute personne qui, au moment de son entrée :
– est en incapacité totale ou partielle de travail ;
– perçoit des indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident ;
– est annoncée auprès de l'AI ;
– perçoit une rente en raison d'une invalidité partielle ou totale ou bénéficie du maintien provisoire de l'assurance (art. 26a LPP).

Lieu/Date **Signature de l'employeur**

_____ _____

L'employeur signataire atteste que les données renseignées sont complètes et véridiques au moment de l'entrée de la personne à assurer. Il affirme avoir pris connaissance de son devoir permanent d'information et de son obligation d'annonce conformément à la convention d'adhésion et au règlement de prévoyance. Par sa signature, l'employeur 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, il déclare avoir pris connaissance 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