

## DEMANDE D'ADHÉSION

### Entreprise

No de l'entreprise (Exemple: 123000 / 012345.0): ..... / ..... Rue, no: .....

Nom: ..... NPA, lieu: .....

### Preneur de prévoyance

Nom ..... Rue, no .....

Prénom ..... NPA, lieu .....

Date de naissance ..... Numéro AVS .....

Sexe masculin féminin Date du mariage (civil) .....

Etat civil célibataire marié(e) .....

divorcé(e) veuf(ve) .....

*nouvel état civil légal dès le 01.01.2007*

lié(e) par un partenariat enregistré date de la conclusion .....

partenariat dissous

Date de naissance de l'époux ou du partenaire enregistré .....

### Entrée en service

Date d'entrée ..... Début d'assurance .....

*Entrée dans l'entreprise et le début d'assurance sont généralement identiques.*

Veuillez justifier l'exception: .....

\_ Salaire annuel AVS présumé CHF ..... (converti en année complète si l'activité dure moins d'une année)

\_ Est-ce que la déduction de coordination doit être réduite pour les employés à temps partiel ? oui, taux d'occup. .... %

non

\_ Langue (pour feuille d'information) allemand français italien

\_ La personne à assurer dispose-t-elle actuellement de sa pleine capacité de travail ? oui non degré d'invalidité .....

\_ Une rente d'invalidité a-t-elle été réduite ou annulée suite à la révision de l'AI 6a ? oui oui

\_ Degré d'invalidité avant la diminution ? ..... %. Fin de la période de protection des 3 ans ? .....

\_ Remarques: .....

Lieu, date ..... Entreprise affiliée (Timbre/Signature)

**veuillez faire remplir la page 2 par la personne à assurer**

la personne à assurer a le droit de déposer les questions dans une enveloppe séparée

## DEMANDE D'ADHÉSION

### Entreprise

No de l'entreprise (Exemple: 123000 / 012345.0): ..... / Rue, no: .....

Nom: ..... NPA, lieu: .....

### Questions adressées à la personne à assurer :

Nom: ..... Rue, no: .....

Prénom: ..... NPA, lieu: .....

Disposez-vous en ce moment d'une pleine capacité de travail ? oui  non

Existe-t-il un problème de santé important actuel ? Lequel? oui  non

Existe-t-il une invalidité au sens de l'assurance fédérale sur l'invalidité ? oui, degré d'invalid. .... % non

Etes vous handicapé physique, psychique ou mental par suite d'une infirmité ? oui  non

Existait-il dans votre ancienne caisse de pension une réserve ou une surprime pour raison médicale ? oui  non

L'emploi a-t-il lieu sur la base d'une reconversion de l'assurance fédérale sur l'invalidité, ou bien avez-vous fait une demande dans ce sens ? oui  non

### Prestations LPP:

A l'entrée dans l'institution de prévoyance, les personnes sans invalidité selon l'AI, dont la capacité de travail est limitée raison pour des santé, jouissent de la prévoyance selon la LPP.

### Prestations surobligatoires:

Lors de prestations supérieures à la LPP, la couverture de prévoyance prend seulement effet si la personne à assurer est en pleine capacité de gain au jour déterminant et qu'elle ne souffre d'aucun problème de santé important. Lors de prestations élevées, l'assurance risque peut demander un examen médical pour l'admission.

### Limitation du salaire assurable

Le salaire maximum qui peut être assuré au titre de la prévoyance professionnelle est limité à dix fois le montant de la limite supérieure autorisée (art. 8, al. 1 LPP). La limite du salaire assurable doit être appréciée pour l'ensemble des contrats de prévoyance d'un assuré. Si l'employé est assuré auprès de plusieurs institutions de prévoyance et que son salaire AVS total dépasse la limite autorisée, il sera tenu d'informer l'ensemble des institutions de prévoyance de l'ensemble de ses contrats de prévoyance ainsi que des salaires assurés à ce titre.

### Institution de prévoyance précédente:

Toutes les prestations de sortie des institutions de prévoyance des employeurs précédents, y compris les avoirs existants auprès d'institutions de libre passage doivent être apportées à la fondation.

Nom et adresse de l'institution précédente .....

Copie du décompte de l'institution précédente  
(caisse de pension ou compte de libre passage).

Le décompte suivra.

Pas d'institution de  
prévoyance précédente

Le / la signataire atteste que les données sont complètes et véridiques et prend connaissance du fait que, en cas de données incorrectes ou incomplètes la REVOR Fondation collective peut, dans le cadre des dispositions légales, réduire, voire refuser les prestations, ainsi que faire valoir des prétentions en dommage et intérêts. Les questions peuvent être déposées dans une enveloppe séparée.

Lieu, date

Signature de la personne assurée

.....