

Inscription pour l'adhésion à la prévoyance professionnelle

Veuillez marquer d'un X ce qui convient.

Contrat _____ **Nom de l'employeur** _____

Personne à assurer Catégorie de personnes (pour BusinessForte^{PME}) _____

Nom _____ Prénom _____
Rue/no _____ NPA/lieu _____
Date de naissance _____ No AVS _____
Sexe masculin féminin Langue D F I
État civil célibataire marié(e) lié par un partenariat enregistré divorcé(e) veuf/veuve
Conjoint* Nom _____ Prénom _____
Date de naissance _____ Date du mariage/enregistrement _____
Entrée dans l'entreprise _____ Indépendant Oui Non
Début d'assurance _____ Salaire annuel CHF _____ Degré d'occupation _____%

* En cas de partenariat non enregistré, veuillez remplir le formulaire "Rente de partenaire". Vous pouvez commander ce formulaire auprès de la PAX, Fondation collective LPP.

Données complémentaires concernant la personne à assurer	Oui	Non
1. Êtes-vous sous traitement médical?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Votre capacité de gain est-elle limitée?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous fait une demande de prestations pour incapacité de gain auprès de l'assurance-invalidité (ou d'institutions analogues à l'étranger) ou d'assureurs privés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Existe-t-il une réserve établie par l'institution de prévoyance précédente? (si «oui», veuillez joindre une copie de la lettre de réserve sous enveloppe scellée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Existe-t-il une majoration de risque dans l'institution de prévoyance précédente? (si «oui», veuillez joindre les informations détaillées dans une enveloppe scellée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- * Est considérée comme ne jouissant pas de son entière capacité de gain une personne à assurer qui
- doit, pour des raisons de santé, s'absenter totalement ou en partie de son travail,
 - perçoit des indemnités journalières par suite de maladie ou d'accident,
 - est déclarée auprès d'une assurance-invalidité d'Etat (également non suisse),
 - perçoit une rente en raison d'une invalidité totale ou partielle, ou
 - ne peut plus, pour des raisons de santé, exercer à plein temps une activité correspondant à sa formation et à ses capacités.

Les personnes à assurer suivantes doivent, lors de l'admission dans la prévoyance, **fournir en plus un renseignement personnel** au moyen du formulaire mis à disposition par la fondation:

- les personnes, qui selon la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalides (LPP) **ne sont pas obligatoirement** à assurer,
- les personnes qui ont répondu par **oui** à au moins une des **questions 1-5** énoncées ci-dessus, ou
- **BusinessForte^{PME}**: les personnes dont le salaire annuel est supérieur à trois fois la rente maximale simple AVS (CHF 79'560 / état janvier 2007), et qui ne rentrent pas dans un plan LPP-Minimum ou LPP-I de BusinessComfort^{PME}, resp. LPP-1 ou LPP-2 de BusinessForte^{PME} ou si
- **BusinessTop^{PME}**: personnes avec un salaire annuel supérieur à CHF 200'000.

Les prestations de sortie et avoirs des comptes et des polices de libre passage sont à verser par l'institution de prévoyance précédente sur le compte postal 80-132-7 de la PAX, Société suisse d'assurance sur la vie SA, 4002 Bâle.

Les soussignés confirment avoir donné des réponses complètes et véridiques :

Lieu/date _____ **Signature de la personne à assurer** _____ **Signature de l'employeur** _____