



Annonce / Entrée dans la caisse de pension

À remplir par tous les assurés âgés de plus de 18 ans.

Données personnelles			
Nom:		Date de naissance:	
Prénom:		Sexe:	<input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme
Adresse:		No. AVS:	756.
E-Mail:			
Etat civil:	<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> séparé(e)	
	<input type="checkbox"/> veuf/veuve	<input type="checkbox"/> divorcé(e) / partenariat dissous	
	<input type="checkbox"/> marié(e) / lié(e) par un partenariat enregistré Nom du partenaire: _____	depuis:	_____
		date de naissance:	_____
J'ai une obligation légale d'entretien (selon l'article 125 du code civil).			<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Prestation de libre passage	
J'étais assuré(e) par mon ancien employeur auprès d'une caisse de pension:	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui:
Nom et adresse de l'institution de prévoyance: _____	
⇒ Veuillez effectuer le virement avec le formulaire annexé.	
Mon avoir est sur un compte de libre passage bloqué:	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui:
⇒ Veuillez effectuer le virement.	
<input type="checkbox"/> Il n'existe pas de prestation de libre passage.	
<input type="checkbox"/> Je travaille en Suisse pour la première fois.	

Encouragement à la propriété du logement	
<input type="checkbox"/> J'ai bénéficié d'un versement anticipé au titre de l'EPL.	
Date: _____	Montant: _____ Part LPP: _____
<input type="checkbox"/> J'ai fait valoir mon droit à la mise en gage.	
⇒ Veuillez joindre une copie du contrat de gage.	

⇒ Veuillez compléter et signer aussi le verso.

Pour l'admission dans l'assurance collective de l'AXA Assurances SA à Winterthur, il est nécessaire de répondre aux questions de santé suivantes.

Déclaration de santé				
<input type="checkbox"/> Au moment de l'admission j'ai ma pleine capacité de travail.				
<input type="checkbox"/> Au moment de l'admission je suis capable de travailler seulement ____ %.				
<input type="checkbox"/> J'ai fait une demande de prestations auprès d'une assurance sociale (AI, AA, AM).				
Au cours des 2 dernières années j'étais inapte au travail pendant plus de 2 semaines consécutives. <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui:</div>				
Genre de maladie:	de:	à:	Durée de l'incap. de travail:	Adresse du médecin ou de l'hôpital:

Explication sur l'obligation de déclarer et la protection des données
Par la présente, je déclare avoir répondu à toutes les questions de ce formulaire de façon exhaustive et conforme à la vérité. Je suis conscient(e) qu'une violation de l'obligation de déclarer peut conduire à la réduction ou au refus de prestation, et que des dommages et intérêts peuvent être demandés.
J'autorise les médecines mentionnées ainsi que les fournisseurs de la sécurité sociale de donner tous les renseignements nécessaires (aussi telles que des données médicales) à la Fondation de prévoyance de LARAG AG. Les données seront traitées de manière strictement confidentielle par la Fondation de prévoyance de LARAG AG.
Si le traitement du cas d'assurance l'exige, j'autorise la Fondation de prévoyance de LARAG AG de transmettre des données personnelles (aussi telles que des données particulièrement sensibles et des données médicales), en vue de leur traitement, à des tiers en suisse et à l'étranger participant au contrat d'assurance vie collective ou à un autre contrat par lequel je suis également assuré auprès de la prévoyance professionnelle.

Signatures			
Date	Signature de la personne à assurée	Date	Signature de la Fondation de prévoyance

⇒ Veuillez retourner ce questionnaire à cette adresse: Personalfürsorgestiftung der LARAG AG, Toggenburgerstrasse 104, 9500 Wil. En cas de questions ou d'incertitudes, n'hésitez pas à nous contacter au numéro 071 929 32 10.

À remplir par la Fondation					
Date de saisie:		Salarie assuré:		Catégorie:	