

Inscription à la **Prévoyance LPP**

Contrat 3/10230

Cette formule doit être retournée, remplie et signée, à:

Fondation de prévoyance de l'ASG, organe d'application, case postale 300, 8401 Winterthur

Nom de l'entreprise:

No de l'entreprise:

Plan LPP de base B1

Plan LPP de base B2

Plan élargi U1

Plan élargi U2

Plan élargi U3

Seulement pour indépendants:

avec couverture du risque  
d'accident

sans couverture du risque  
d'accident

1. Numéro AVS (voir certificat d'assurance AVS)

1.

2. Nom et prénom

2.

3. Adresse

3.

(Rue, No)

(NPA, Lieu)

4. Date de naissance

4.

(Jour)

(Mois)

(Année)

5. Etat civile

5.

6. Date de l'entrée en service auprès de l'employeur  
soussigné (si vous êtes indépendant(e), veuillez  
répondre au chiffre 11)

6.

(Jour)

(Mois)

(Année)

7. Nom et adresse du dernier employeur

7.

(Rue, No)

(NPA, Lieu)

8. Salaire AVS annuel présumé (CHF)

8.

9. La prestation de libre passage  est /  à été transférée par l'ancienne institution de prévoyance sur le CCP  
85-785090-6 de la Winterthur Vie, 8400 Winterthur, mention "600113.10230 Fondation de prévoyance de l'ASG"

**A remplir par l'employeur pour le salarié**

10. L'employeur déclare qu'actuellement le salarié à assurer

jouit de son entière  
capacité de travail

ne jouit pas de son entière  
capacité de travail\*

est reconnu invalide par l'AI (pour quel degré?)\*  
..... % (joindre décision de l'AI))

Les indications sous Chiffres 1-10 ont été contrôlées et trouvées exactes; il a également été pris connaissance des indications au verso sous chiffre 11.

Lieu/date

Timbre et signature de l'employeur:

\* S. v. p. remplir au verso

11. Les cotisations sont entièrement payées par l'indépendant pour une prévoyance conclue sur sa tête; en revanche, si l'assuré est un salarié, patron et salarié paient chacun la moitié de la cotisation. L'employeur déclare prendre acte de ce que les cotisations du membre de l'association et celles du salarié doivent être versées à l'organe d'application.

**Seulement pour les indépendant(e)s**

12. a) Depuis quand êtes-vous indépendant(e)? 12. a) \_\_\_\_\_
12. b) Début de l'assurance b) \_\_\_\_\_
12. c) Etes-vous assuré(e) en application de la LAA? c)  Oui  Non
12. d) Jouissez-vous actuellement de votre entière capacité de travail? d)  Oui  Non

**A remplir seulement par les indépendants et les salariés qui, au moment de l'annonce, ne jouissent pas de leur entière capacité de travail.**

13. a) Souffrez-vous des suites d'une maladie ou d'un accident? 13. a)  Oui  Non
- b) Prenez-vous des médicaments, suivez-vous un traitement ou êtes-vous sous contrôle médical? b)  Oui  Non
- c) Avez-vous souffert durant les 5 dernières années de: troubles cardiaques ou circulatoires, hypertension, tuberculose, maladies de l'appareil respiratoire, tumeurs, ulcères, cancer, présence d'albumine dans l'urine, diabète, maladies de l'appareil digestif (estomac, bile, foie), maladies des reins, maladies des articulations, affections de la colonne vertébrale, épilepsie, maladies du système nerveux, affections des oreilles ou des yeux, maladies infectieuses ou autres? c)  Oui  Non
- d) Avez-vous dû, au cours des 5 dernières années, interrompre votre travail durant plus de 4 semaines en raison d'une maladie ou d'un accident? d)  Oui  Non
- e) Vous êtes-vous soumis à un test du SIDA (HIV) dont le résultat était positif? e)  Oui  Non
- f) Etiez-vous soumis auprès de votre ancienne institution de prévoyance à des restrictions pour raisons de santé (réserves, augmentation de cotisations, exclusions, etc.)? f)  Oui\*  Non
- \* Le cas échéant, veuillez joindre les documents correspondants

**Si vous avez répondu par l'affirmative à l'une des questions ci-dessus, veuillez fournir les précisions suivantes:**

Question Lettre	Quels troubles, maladies, infirmités ou examens médicaux?	Médecins traitants, hôpitaux, etc. (veuillez indiquer l'adresse ainsi que le nom du médecin ou du service de l'hôpital)	De - jusqu'à?

La personne à assurer autorise tous les médecins et hôpitaux qui la soignent ou qui l'ont soignée à donner des renseignements sur son état de santé au service médical de la Winterthur Vie et les relève à cet effet du secret professionnel.

Elle déclare en outre avoir pris acte de ce que la Fondation de prévoyance de l'ASG n'assume aucune responsabilité en cas d'annonce tardive à l'assurance ou lorsque les indications fournies à l'occasion de l'annonce à l'assurance sont inexactes ou incomplètes.

Lieu/date

Signature de la personne à assurer:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_