

Inscription à la **Prévoyance dépassant le minimum légale**

Contrat 3/20230

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 S1

Plan S3

Plan S4

Plan R1

Plan R2

Plan R3

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 civil  | 5. | _____   |
| 6. Situation dans la profession                                  | 6. | <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Indépendant |
| 7. Début de l'assurance  | 7. | _____   |
|  |    | (Jour) (Mois) (Année)   |
| 8. Salaire annuel à assurer (CHF)                                | 8. | <input type="text"/>  |
| 9. Prime unique personnelle ou prestation de libre passage (CHF) | 9. | <input type="text"/>  |

10. 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.

**A remplir par l'employeur lors de l'admission d'un salarié**

Les indications sous chiffres 1 à 9 ont été contrôlées et reconnues exactes; il a également été pris connaissance des indications sous chiffre 10.

Lieu/date

Timbre et signature de l'employeur:

S. v. p. remplir au verso

**A remplir par les salariés et par les indépendants**

11. Joussez-vous actuellement de votre entière capacité de travail?  
(Si vous êtes en possession d'une décision de l'AI, de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire, veuillez la joindre à la présente) 11.  Oui  Non
12. a) Souffrez-vous des suites d'une maladie ou d'un accident? 12. 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  
\* 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:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_