

Demande d'admission individuelle

N° de maison : _____ N° de membre: **(laisser en blanc)** _____
Employeur : _____
Personne compétente : _____ Courriel : _____
Rue/n°: _____
NPA/Localité : _____ / _____
Téléphone : _____
Association professionnelle: SIA Swiss Engineering FAS FSAI suisse.ing swissTnet

Personne à assurer

Début de l'assurance : (1er/16 d'un mois) _____
Groupe de personne : _____ Langue : _____
Nom/Prénom : _____
Adresse privée : _____ Lieu : _____
Date de naissance : _____ Sexe : masculin féminin
N° AVS : 756. _____
Etat civil : _____ Date de mariage : _____
Activité indépendante : admission récente principale accessoire aucune
Pour les indépendants : Adhésion volontaire à la LPP oui

Salaire

Salaire annuel déterminant pour l'AVS (extrapolé sur une année complète/en fonction du taux d'activité effectif)

CHF _____ (salaire mensuel x 12 ou 13)

Taux d'activité effectif : _____ %

N° d'offre _____ Proposition n° _____

(à remplir uniquement pour nouvelles entrées d'entreprises ou changements du plan existant)

Confirmation de l'employeur

Lieu et date:

Signature de l'employeur :

La déclaration confidentielle doit être soumise à la CPAT dûment remplie et signée dans les 30 jours. Merci d'avance.

Déclaration confidentielle

1. Etes-vous actuellement en bonne santé et apte au travail à 100 % ? oui non
 Si non, pourquoi pas ? _____

2. Quelle est la charge physique dans votre emploi actuel respectivement l'emploi où vous débutez ? facile moyen difficile

3. Recevez-vous actuellement ou avez-vous reçu des soins médicaux et / ou psychologiques au cours des cinq dernières années ? oui non

Si oui, pourquoi ? _____

Prenez-vous actuellement ou avez-vous pris des médicaments au cours des cinq dernières années (prise du médicament pendant plus d'un mois) ? oui non

Si oui, lesquels et pourquoi ? _____

Nom et adresse des personnes traitantes: _____

4. Avez-vous, pour des raisons de santé, interrompu votre activité professionnelle plus de 10 jours ou changé votre profession pendant les cinq dernières années ? oui non

Si oui, pourquoi? _____

Nom et adresse des personnes traitantes : _____

5. Certaines prestations de prévoyance font-elles actuellement l'objet d'une réserve médicale ? oui non

Si oui, à quelle institution de prévoyance et pourquoi ? _____

6. Recevez-vous actuellement des prestations d'invalidité ? oui non

Avez-vous reçu autrefois des prestations d'invalidité ? oui non

Si oui, quand et pourquoi ? _____

Êtes-vous annoncés auprès de l'assurance-invalidité fédérale (AI), d'une assurance-accident ou d'un fournisseur d'assurance étranger ? oui non

Quel est l'état de la procédure : _____

Nom et adresse de l'assureur : _____

7. Dans le cadre de l'encouragement à la propriété du logement, avez-vous, d'une institution de prévoyance du 2^e pilier ;
 - touché à vos prestations de prévoyance de manière anticipée ? oui non

Si oui : Montant du prélèvement anticipé : _____ Date : _____

- mis vos prestations de prévoyance en gage? oui non

Si oui : Montant de la mise en gage : _____ Date : _____

Nom du créancier gagiste : _____

8. Au cours des trois dernières années avant l'entrée dans notre caisse de pension, avez-vous versé, ou obtenu par l'employeur, des rachats dans la prévoyance professionnelle? oui non

Si oui : Montant du rachat : _____ Date. _____

9. Employeur précédent	Caisse de prévoyance précédente
Nom et adresse	Nom et adresse

Le médecin-conseil de la Caisse de Prévoyance des Associations Techniques SIA Swiss Engineering FAS FSAI suisse.ing (CPAT), Health & Medical Service AG, est autorisé à demander des renseignements sur l'état de santé de la personne à assurer au moment de son entrée dans la caisse. La personne à assurer délègue à cet effet toutes les personnes traitantes (médecins, psychothérapeutes, chiropraticiens), les institutions médicales ainsi que toutes les autres compagnies d'assurance du secret professionnel. La validité du contrat d'assurance dépend de l'exactitude des indications fournies. De fausses indications peuvent conduire la CPAT à refuser les prestations ou à les réduire au minimum LPP.

Lieu et date: _____ Signature de la personne à assurer : _____

Nom en lettres majuscules : _____

En cas de demandes : courriel / téléphone portable : _____