



Employeur nom et adresse

[Empty text box for employer name and address]

début d'assurance	nom et prénom	sexe		n° AVS	né(e) le	salaire annuel	degré d'occupation %	langue pour le certificat personnel				état civil	date du mariage	capacité de travail complète? *	
		homme	femme					fr	all	it	en			oui	non
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Nous vous prions de joindre une copie du / des décompte(s) de sortie de l'institution de prévoyance précédente.

* Au cours des cinq dernières années, avez-vous dû cesser votre activité professionnelle pendant plus de quatre semaines à cause d'une maladie ou d'un accident ? Si oui, nous vous prions de remplir le formulaire «Déclaration de santé, complément à l'admission» joint au présent document, ou le télécharger sur: www.areas.ch, rubrique «formulaires LPP», et de nous l'envoyer en même temps.

Protection d'assurance



Nous avons pris connaissance du fait que la protection n'est garantie par l'assurance que si les informations fournies dans la déclaration ci-jointe sont exactes et que, conformément aux dispositions légales, la compagnie d'assurance peut se départir de l'assurance si les indications fournies sont incorrectes. Nous avons en particulier marqué d'une croix pour les personnes qui n'ont qu'une capacité de gain partielle. Enfin, nous avons également pris connaissance des détails figurant sur la page suivante.

Lieu et date

Signature fondation / employeur





EXPLICATIONS CONCERNANT L'INSCRIPTION

Capacité de travail

Est considérée comme n'ayant pas la pleine capacité de gain toute personne qui, au début de l'assurance

- doit travailler à temps partiel ou ne doit pas travailler du tout pour des raisons de santé;
- touche une indemnité journalière par suite de maladie ou d'accident;
- est annoncée auprès d'une assurance invalidité étatique;
- touche une rente pour invalidité totale ou partielle;
- ne peut plus, pour des raisons de santé, être occupée à plein temps dans une activité correspondant à sa formation ou à ses capacités.

Toutes les autres personnes sont considérées comme ayant leur pleine capacité de gain.

Formulaire [questionnaire du réassureur]

Le réassureur concerné demandera des renseignements complémentaires pour les personnes:

- qui n'ont pas la pleine capacité de gain au sens de l'explication ci-dessus;
- dont les prestations assurées dépassent certaines limites dès le début de l'assurance ou lors d'un changement des modalités du contrat avec augmentation des prestations.

En cas de besoin, le réassureur peut demander des renseignements à un médecin ou requérir un examen médical.

Les frais sont pris en charge par la compagnie d'assurance.

Protection d'assurance

La protection d'assurance est définitive et sans réserve pour les personnes dont le dossier ne nécessite pas de demandes complémentaires de la part du réassureur.

Pour les autres personnes, la protection d'assurance est définitive et sans réserve pour:

- les prestations minimales au sens de la LPP (pour autant qu'elles soient assurées);
- les prestations acquises par l'apport de la prestation de libre passage dans la caisse de pension, pour autant qu'elles aient été assurées sans réserve par l'institution de prévoyance précédente.

Les autres prestations couvertes par l'assurance ne le sont qu'à titre provisoire. La compagnie d'assurance vous communiquera par écrit si la protection d'assurance peut être accordée normalement ou seulement avec une réserve (restriction). Cette communication rend la protection d'assurance définitive.

Réserve

Toute réserve de santé décidée par l'institution de prévoyance précédente doit être annoncée par la personne concernée dans les quatre semaines suivant son entrée, par écrit et accompagnée de tous les documents y relatifs.





merci !

Ce formulaire doit impérativement comporter des signatures légales.
Nous vous invitons ainsi à l'imprimer, le signer, et nous le retourner par courrier ou encore à l'imprimer, le signer, le scanner et nous le renvoyer par email.

AREAS SA
Rue Plantamour 16
Case postale 41
1211 Genève 21
info@areas.ch

vos commentaires



imprimer maintenant

