

Formulaire d'annonce

Début de l'assurance: _____

Employeur

N° d'affiliation: _____ Nom: _____ NPA, Lieu: _____

Personne à assurer

Titre:	E-mail:
Nom:	Téléphone:
Prénom:	N° AVS (treize chiffres): 756.
Adresse:	Activité professionnelle :
NPA:	Date de naissance:
Lieu:	Sexe: f h
	Langue: all fr it

Etat civil

célibataire marié veuf divorcé

Conjoint

Nom / Prénom : _____

Date de naissance: _____

Date du mariage / divorce: _____

Salaire annuel

Veillez svp calculer le salaire annuel (salaire mensuel x 12 ou x 13)

CHF: _____

Taux d'occupation: _____ %

Indications supplémentaires de la personne à assurer

Je souhaite obtenir une rente de partenaire (<i>N'est pas nécessaire pour les personnes mariées</i>)	Oui	Non
Je suis apte au travail complètement	Oui	Non
Je suis inscrit auprès de l'assurance invalidité (<i>veuillez joindre une copie de la décision AI</i>)	Oui	Non
Mon institution actuelle de prévoyance a émis une réserve de prise en charge (<i>veuillez joindre une copie de la lettre de réserve sous pli fermé</i>)	Oui	Non

Versement des prestations de prévoyance

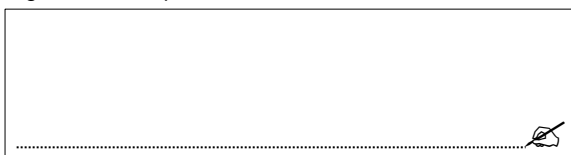
Selon la législation fédérale (LPP), toutes les prestations de libre passage, par exemple issus des instituts de prévoyance précédentes, de comptes ou de polices de libre passage doivent être versés à la fondation comme nouvelle institution de prévoyance. Vous trouverez plus d'indications sur l'aide-mémoire «nouvelle entrée» qui est disponible à la rubrique «papiers» sous www.vsmed.ch ou peut être commandé chez nous. La fondation collective VSM n'assume aucune responsabilité en cas de violation des dispositions légales.

Protection d'assurance

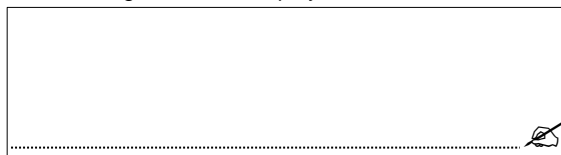
Nous avons pris connaissance que la protection d'assurance dépend de la véracité des indications ci-dessus, qu'en cas d'indication fautive et dans la limite des dispositions légales, la fondation VSM est en droit de se retirer du contrat et que nous sommes seuls responsables des conséquences de la violation des dispositions légales consécutives à des indications fausses ou incomplètes.

Lieu, date _____

Signature de la personne à assurer



Timbre et signature de l'employeur



En cas de litige quant à l'interprétation du présent règlement, seul le texte allemand fera foi.