PRO MEDICO
Caisse de pensions des professions médicales

Pro Medico Fondation
Löwenstrasse 25
Case postale
8021 Zurich

Téléphone +41 44 224 20 60
Téléfax +41 44 224 20 61
info@promedico.ch
www.promedico.ch

Annonce

Informations concernant l'employeur/l'entreprise

Nom	
Rue, n°	
NPA, localité	
Téléphone	
N° d'entreprise	

Informations concernant la personne à assurer

Nom		Sexe	☐ homme ☐ femme
Prénom		Date de naiss.	
Rue, n°		N° d'ass. soc.	. . .
NPA, localité		Etat civil	
Tél. privé		Si marié(e) ou vivant en partenariat enregistré: depuis	
E-Mail			(date officielle)

Date du début de l'assurance			Nbre de salaires mens.
Salaire mensuel brut (salarié)	CHF		☐ x 12 ☐ x 13
Taux d'occupation			
Catégorie			

A remplir uniquement par les indépendants

Revenu annuel	CHF	
Date du début de l'activité lucrative indépendante		

Etiez-vous soumis jusqu'à présent a l'assurance obligatoire selon la LPP? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, du _____ au _____

Signature de l'employeur

Lieu et date _____ Signature _____

Questionnaire de santé: à remplir par la personne à assurer

1. Avez-vous eu des problèmes de santé ayant entraîné une incapacité de travail totale ou partielle de plus de 3 semaines au cours des 5 années qui ont précédé le début de l'assurance, ou avez-vous actuellement des problèmes de santé?
   ☐ Oui ☐ Non Si oui, lesquels? _____

2. Etes-vous actuellement ou périodiquement en traitement ou sous contrôle auprès d'un médecin, d'un psychothérapeute ou d'un chiropraticien?
   ☐ Oui ☐ Non Si oui, auprès de qui? (nom et adresse) _____

3. Prenez-vous régulièrement des médicaments?
   ☐ Oui ☐ Non Si oui, lesquels? _____
   Nom du médecin traitant/prescripteur (nom et adresse) _____

Pro Medico Fondation
Löwenstrasse 25
Case postale
8021 Zurich

Téléphone +41 44 224 20 60
Téléfax +41 44 224 20 61
info@promedico.ch
www.promedico.ch

4. Faites-vous l'objet d'une réserve pour raisons de santé auprès d'une institution de prévoyance précédente?
   ☐ Oui ☐ Non Si oui, joindre une copie du document correspondant..

5. Recevez-vous des prestations de l'AI, de l'AM, d'un assureur LAA ou LPP, d'une assurance sociale étrangère ou d'un autre assureur, ou avez-vous fait la demande pour de telles prestations?
   ☐ Oui ☐ Non Si oui, qui ou auprès de qui? _____
   Degré d'invalidité % _____ Prestation annuelle CHF _____

Si vous avez répondu par «oui» à l'une des questions 1 à 5, veuillez joindre à l'annonce le formulaire «Questionnaire de santé complémentaire». S'il existe des décisions émanant d'assureurs cités à la question 5, veuillez les joindre à l'annonce, ainsi que les éventuels décomptes de prestations.

Questionnaire de santé complémentaire

Le formulaire «Questionnaire de santé complémentaire» doit être joint à l'annonce par les personnes à assurer suivantes:

- travailleurs indépendants
- salariés dont le salaire annuel AVS est supérieur à CHF 120'000.

La Pro Medico Fondation se réserve le droit de faire dépendre l'admission de la personne à assurer du questionnaire de santé complémentaire ou d'autres résultats d'investigations médicales.

Avoirs de libre passage

Avez-vous des avoirs de libre passage provenant d'institutions de prévoyance précédentes? ☐ Oui ☐ Non
Si oui: nom/adresse des anciens comptes de prévoyance ou de libre passage.

_____

Mise en gage ou versement anticipé au titre de la propriété du logement

Vos droits aux prestations de prévoyance sont-ils (partiellement) mis en gage? ☐ Oui ☐ Non
Avez-vous procédé au retrait anticipé (partiel) de vos prestations de prévoyance? ☐ Oui ☐ Non

Levée du secret professionnel ou de fonction / droit de consulter les dossiers

Dans la mesure où la mise en œuvre de la prévoyance professionnelle l'exige, la personne soussignée libère l'assurance-invalidité fédérale, l'assurance militaire, les assureurs-accidents, les institutions de prévoyance antérieures, les assureurs-maladie et les assureurs d'indemnité journalière en cas de maladie, les éventuels assureurs étrangers ainsi que les médecins traitants du secret professionnel ou de fonction à l'égard du réassureur et des services compétents de la Pro Medico Fondation. Elle habilite par ailleurs les institutions et les personnes précitées à fournir au besoin les informations nécessaires et à autoriser la consultation des dossiers. Seules les informations indispensables seront transmises, et toutes les données seront traitées de manière strictement confidentielle par le réassureur et la Pro Medico Fondation. Les données recueillies serviront exclusivement à l'exécution du contrat de prévoyance ou d'assurance.

La personne soussignée prend acte du fait que la Pro Medico Fondation et le réassureur peuvent, dans le cadre des dispositions légales, réduire ou refuser les prestations si les informations fournies sont erronées ou incomplètes.

Signature de la personne à assurer

_____ _____
Lieu e date Signature

Veuillez envoyer à: Pro Medico Stiftung, Löwenstrasse 25, Postfach, 8021 Zürich