

Annonce

Informations concernant l'employeur/l'entreprise

Nom	<input type="text"/>
Rue, n°	<input type="text"/>
NPA, localité	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>
N° d'entreprise	<input type="text"/>

Informations concernant la personne à assurer

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

Date du début de l'assurance	<input type="text"/>	Nbre de salaires mens.	<input type="checkbox"/> x 12 <input type="checkbox"/> x 13
Salaire mensuel brut (salarié)	CHF <input type="text"/>		
Taux d'occupation	<input type="text"/>		
Catégorie	<input type="text"/>		

A remplir uniquement par les indépendants

Revenu annuel	CHF <input type="text"/>
Date du début de l'activité lucrative indépendante	<input type="text"/>

Signature de l'employeur

Lieu et date

Signature

Questionnaire de santé: à remplir par la personne à assurer

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

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