

## Formulaire d'affiliation pour les assurés

### Caisse de pensions de l'Employeur

Caisse de pensions	
Catégorie	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B

### Informations personnelles

Nom		Sexe: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> fr. <input type="checkbox"/> all.
Prénom		<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Veuf/Veuve
Adresse privée		<input type="checkbox"/> Marié depuis:	
Np, lieu		<input type="checkbox"/> Divorcé depuis	
Date de naissance		Pension alimentaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
No. AVS (nouveau)		Habitant en Suisse depuis :	

### Conjoint

Nom/prénom		Date de naissance	
------------	--	-------------------	--

### Données d'entrée / Données salariales / Genre d'occupation

Début d'assurance		Entrée dans société	
Salaire AVS annuel		Fonction	
Salaire assuré épargne		Statut professionnel	<input type="checkbox"/> empl. <input type="checkbox"/> ind.
Salaire assuré risque		Déclaration de santé	<input checked="" type="checkbox"/> nécessaire
Degré d'occupation	%	Visite médicale	<input type="checkbox"/> nécessaire
Capacité de gain	%	Libre passage entrant	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

### Avoirs de prévoyance ou de libre passage

Des avoirs de prévoyance ou de libre passage ont-ils été mis en gage ?  oui  non

En cas d'affirmative, quel est le créancier gagiste ? .....

Avez-vous fait un prélèvement anticipé pour l'acquisition du logement ?  oui  non

En cas d'affirmative, à quelle (s) date (s) ? ..... de CHF.....

J'autorise la Fondation à transférer ma prestation de sortie (portfolio de la catégorie B) à Elite Fondation de libre passage au cas où ma sortie anticipée de la Fondation ne serait pas notifiée dans les délais et formes prévues par le Règlement de prévoyance (ch. 22.4).

Pour permettre au plus tôt la prise d'éventuelles mesures destinées à réduire le dommage en cas d'incapacité de travail, je m'engage à annoncer immédiatement tous les sinistres ou les événements susceptibles d'entraîner une incapacité de gain à long terme.

Je m'engage à répondre correctement au questionnaire de santé.

Je m'engage à annoncer à la caisse de pensions toute modification de mon état de santé survenant avant la réponse du réassureur.

### Annexes Dernier certificat de prévoyance

Lieu, date	Signature de la personne à assurer	Timbre et signature de l'employeur

## Questionnaire pour l'ancienne institution de prévoyance

### Données de la personne assurée

Nom, Prénom	
Date de naissance	

### Ancienne institution de prévoyance

Nom	
Adresse complète	
No. du compte	

### Questionnaire

Les questions suivantes sont à remplir par l'ancienne institution de prévoyance :

1. Est-ce que les avoirs de prévoyance ou de libre passage ont-ils été mis en gage ?

oui  non, en cas d'affirmative :

Nom du créancier gagiste : .....

Montant : .....

Date : .....

2. Est-ce que des rachats ont été faits dans les derniers 36 mois ?

oui  non, en cas d'affirmative :

Montant : .....

Date : .....

3. Est-ce qu'un prélèvement anticipé pour l'acquisition du logement a été fait ?

oui  non, en cas d'affirmative :

Montant : .....

Date : .....

### Coordonnées bancaires

La prestation de sortie respectivement l'avoir de libre passage doit être viré sur le compte suivant :

Elite Fondation de prévoyance  
Rachats et prestations de libre passage  
1003 Lausanne

CCP 12-337823-6  
IBAN CH05 0900 0000 1233 7823 6

### Adresse de la fondation

Nous vous prions d'envoyer ce formulaire avec le décompte de sortie à l'adresse suivante :  
Elite Fondation de prévoyance, Rue Beau-Séjour 10, 1002 Lausanne.

Lieu, date	Signature et timbre de l'institution de prévoyance