



ptv cpat

Pensionskasse der  
Technischen Verbände  
SIA STV BSA FSAI USIC

Caisse de Prévoyance  
des Associations Techniques  
SIA UTS FAS FSAI USIC

Postfach 1023 | 3000 Bern 14

## Demande d'admission individuelle

N° de maison: \_\_\_\_\_ N° de membre: **(laisser en blanc)** \_\_\_\_\_

Employeur: \_\_\_\_\_

Personne compétente: \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Rue/n°: \_\_\_\_\_

NPA/Localité: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Téléphone/Fax: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Association professionnelle:  SIA  UTS  FAS  FSAI  USIC  swissTnet

Offre n°: \_\_\_\_\_

### Personne à assurer

Début de l'assurance: (1er/16 d'un mois) \_\_\_\_\_

Groupe de personne: \_\_\_\_\_ Langue : \_\_\_\_\_

Nom/Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse privée: \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Sexe :  masculin  féminin

N° AVS: 756. \_\_\_\_\_

Etat civil: \_\_\_\_\_ Date de mariage: \_\_\_\_\_

Activité indépendante:  admission récente  principale  accessoire  aucune

Pour les indépendants: Adhésion volontaire à la LPP  oui  non

### Salaire

Salaire déterminant au sens de l'AVS: CHF \_\_\_\_\_ Salaire assuré: CHF \_\_\_\_\_

(extrapolé sur une année complète)

Degré d'activité lucratif: \_\_\_\_\_ %

### Plan d'assurance

(à remplir seulement par les entreprises nouvellement adhérees à la CPAT ou pour des changements du plan existant)

**Plan de cotisations** (par la suite un choix de plans; d'autres variantes sur demande à l'organe de direction)

Plan courant avec cotisations d'épargne constantes (par ex. 10/12/14/16/18/20%): \_\_\_\_\_ %

Plan courant avec cotisations d'épargne croissantes  
 6/8/11/13%  8/10/12/14%  10/12/14/16%

Plan LPP – salaire assuré plafonné sur la limite supérieure  oui  non  
 7/10/15/18%  8/11/16/19%

Plan de risque (seulement pour les 18 - 24 ans)

**Part de cotisation de l'employeur:** \_\_\_\_\_ %

**Montant de coordination adapté selon le degré d'activité lucratif:**  oui  non

**Délai d'attente pour la rente d'invalidité:**  6 mois  24 mois\*

\*OPP2, art. 26: ce n'est que possible si l'indemnité journalière de l'assurance maladie couvre au moins 80% du salaire et que l'assurance indemnité journalière est co-financée au moins pour moitié par l'employeur

**Assurance complémentaire:** Rente d'invalidité minimale en % du

salaire annuel brut AVS  salaire assuré hauteur :  30%  40%  50%  60%

### Confirmation de l'employeur:

Lieu et date: \_\_\_\_\_

Signature de l'employeur: \_\_\_\_\_

Employeur actuel (nom ou n° de maison): \_\_\_\_\_

## **À REMPLIR ET SOUMETTRE PAR LA PERSONNE À ASSURER**

### **Déclaration confidentielle**

1. Etes-vous actuellement en bonne santé et apte au travail à 100%?  oui  non  
Si non, pourquoi pas? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Deviez-vous être traité médicalement et/ou psychologiquement pendant les cinq dernières années?  oui  non  
Si oui, pourquoi? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Deviez-vous prendre régulièrement des médicaments pendant les cinq dernières années?  oui  non  
Nom et adresse des personnes traitantes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Avez-vous, pour des raisons de santé, interrompu votre activité professionnelle pendant les cinq dernières années de plus de 10 jours ou changé votre profession?  oui  non  
Si oui, pourquoi? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Nom et adresse des personnes traitantes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Certaines prestations de prévoyance font-elles actuellement l'objet d'une réserve médicale?  oui  non  
Si oui, à quelle institution de prévoyance et pourquoi? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Recevez-vous actuellement des prestations d'invalidité?  oui  non  
Avez-vous reçu autrefois des prestations d'invalidité?  oui  non  
Si oui, quand et pourquoi? \_\_\_\_\_  
Etes-vous annoncé auprès de l'Assurance-Invalidité (AI) ou de l'assurance-accidents (AA) pour obtenir des prestations d'invalidité?  oui  non  
Office de l'AI / AA responsable: \_\_\_\_\_  
Caisse de prévoyance responsable: \_\_\_\_\_
6. Dans le cadre de l'encouragement à la propriété du logement, avez-vous, d'une institution de prévoyance 2<sup>e</sup> pilier ;  
- touché vos prestations de prévoyance de manière anticipée?  oui  non  
Si oui : Montant du prélèvement anticipé: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
- mis vos prestations de prévoyance en gage?  oui  non  
Si oui : Montant mis en gage: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Nom du créancier gagiste: \_\_\_\_\_
7. Au cours des trois dernières années avant l'entrée dans notre caisse de pension, avez-vous versées, ou obtenu par l'employeur, des rachats dans la prévoyance professionnelle?  oui  non  
Si oui: Montant du rachat: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_
8. Employeur antérieur Caisse de prévoyance antérieur  
Nom et adresse Nom et adresse  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Le médecin-conseil de la Caisse de Prévoyance des Associations Techniques SIA UTS FAS FSAI USIC (CPAT) est autorisé à demander des renseignements sur l'état de santé de la personne à assurer au moment de son entrée dans la caisse. La personne à assurer délie à cet effet toutes les personnes traitantes (médecins, psychothérapeutes, chiropraticien), les institutions médicales ainsi que toutes les autres compagnies d'assurance du secret professionnel.**

**La validité du contrat d'assurance dépend de l'exactitude des indications fournies. De fausses indications peuvent conduire la CPAT à refuser les prestations ou à les réduire au minimum LPP.**

Lieu et date:

Signature de la personne à assurer:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom en lettres majuscules: \_\_\_\_\_