



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 : \_\_\_\_\_

Association professionnelle:  SIA  UTS  FAS  FSAI  USIC  swissTnet

N° de l'offre : \_\_\_\_\_

### 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

### Salaire

**Salaire annuel déterminant pour l'AVS** (extrapolé sur une année complète/en fonction du taux d'activité effectif)

CHF \_\_\_\_\_ Salaire assuré : CHF \_\_\_\_\_

Taux d'activité effectif : \_\_\_\_\_ %

### 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 taux d'activité effectif :**  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 (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. Quelle est la charge physique dans votre emploi actuel respectivement l'emploi où vous débutez ?  facile  moyen  difficile

3. Recevez-vous actuellement ou avez-vous reçu des soins médicaux et / ou psychologiques au cours des cinq dernières années ?  oui  non  
Si oui, pourquoi ? \_\_\_\_\_

Prenez-vous actuellement ou avez-vous pris des médicaments au cours des cinq dernières années (prise du médicament pendant plus d'un mois) ?  oui  non  
Si oui, lesquels et pourquoi ? \_\_\_\_\_

Nom et adresse des personnes traitantes: \_\_\_\_\_

4. Avez-vous, pour des raisons de santé, interrompu votre activité professionnelle plus de 10 jours ou changé votre profession pendant les cinq dernières années ?  oui  non  
Si oui, pourquoi? \_\_\_\_\_

Nom et adresse des personnes traitantes : \_\_\_\_\_

5. Certaines prestations de prévoyance font-elles actuellement l'objet d'une réserve médicale ?  oui  non  
Si oui, à quelle institution de prévoyance et pourquoi ? \_\_\_\_\_

6. Recevez-vous actuellement des prestations d'invalidité ?  oui  non  
Avez-vous reçu autrefois des prestations d'invalidité ?  oui  non  
Si oui, quand et pourquoi ? \_\_\_\_\_

Êtes-vous annoncés auprès de l'assurance-invalidité fédérale (AI), d'une assurance-accident ou d'un fournisseur d'assurance étranger ?  oui  non  
Quel est l'état de la procédure : \_\_\_\_\_  
Nom et adresse de l'assureur : \_\_\_\_\_

7. Dans le cadre de l'encouragement à la propriété du logement, avez-vous, d'une institution de prévoyance du 2<sup>e</sup> pilier ;  
- touché à 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 de la mise en gage : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Nom du créancier gagiste : \_\_\_\_\_

8. Au cours des trois dernières années avant l'entrée dans notre caisse de pension, avez-vous versé, ou obtenu par l'employeur, des rachats dans la prévoyance professionnelle?  oui  non  
Si oui : Montant du rachat : \_\_\_\_\_ Date. \_\_\_\_\_

Employeur précédent	Caisse de prévoyance précédente
Nom et adresse	Nom et adresse
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Le médecin-conseil de la Caisse de Prévoyance des Associations Techniques SIA UTS FAS FSAI USIC (CPAT), Health & Medical Service AG, 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 délègue à cet effet toutes les personnes traitantes (médecins, psychothérapeutes, chiropraticiens), 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 : \_\_\_\_\_

En cas de demandes : e-Mail / téléphone portable : \_\_\_\_\_