

Formulaire pour assurés actifs

Entrée

Envoyer à: Caisse de pension des sociétés Siemens en Suisse,
Freilagerstrasse 40, 8047 Zurich

Personne assurée

Nom: _____ Prénom: _____

Rue n°: _____

NPA: _____ Localité: _____ Pays: _____

Date de naissance: _____ N° d'assurance sociale: _____

Etat civil:
 Célibataire Marié(e) Veuf/veuve Divorcé(e) Partenariat enregistré Partenariat dissous

Téléphone: _____ E-mail: _____

En cas de mariage/partenariat enregistré:

Nom du/de la partenaire: _____ Prénom du/de la partenaire: _____

Date de naissance du/de la partenaire: _____ Date du mariage ou du partenariat enregistré: _____

Employeur

Employeur: _____ Localité: _____

Date d'entrée: _____

Rapports de travail: Durée limitée Indéterminée **Si durée limitée:** jusqu'au (date): _____

Confirmation de la capacité de travail (auto-déclaration)

Jouissez-vous d'une santé intégrale et d'une entière capacité de travail au début des rapports de travail? Oui Non

Si non, motif: _____

Suivez-vous un traitement médical? Oui Non

Si oui, motif: _____

Avez-vous suivi un traitement médical et/ou psychologique les 5 dernières années? Oui Non

Si oui, motif: _____

Votre ancienne institution de prévoyance avait-elle émis une réserve pour raison médicale? Oui Non

Si oui, pourquoi?

Percevez-vous des prestations d'invalidité*? Oui Non

Avez-vous perçu des prestations d'invalidité par le passé*? Oui Non

* Prière de joindre d'éventuelles décisions des services de l'AI.

Précisions sur votre ancienne caisse de pension

Existe-t-il des prétentions de libre passage auprès d'une ou de plusieurs caisses de pension dont vous être sorti par le passé? Oui Non

Si oui*:

Nom et adresse de la/des caisse(s) de pension:

Si non, pour quelle raison?

- J'étais uniquement assuré contre le risque jusqu'à présent
 - Je n'exerçais aucune activité lucrative jusqu'à présent
 - Je travaille en Suisse pour la première fois
 - Je n'ai pas atteint le salaire minimum CP jusqu'à présent
 - Autre raison, notamment:
-

* Prière de faire transférer votre avoir de libre passage de votre ancienne institution de prévoyance. Utilisez à cette fin le formulaire « Transfert de l'avoir de libre passage » joint en annexe.

Déclaration personnelle

Nous vous prions de répondre aux questions suivantes de façon exhaustive et conforme à la vérité.

a) Rachats volontaires dans une ancienne institution de prévoyance

Avez-vous effectué des rachats durant les 3 dernières années dans une ancienne caisse de pension? Oui Non

Si oui:

Montant en CHF: _____	Date de rachat: _____
Montant en CHF: _____	Date de rachat: _____
Montant en CHF: _____	Date de rachat: _____

→ Veuillez prendre connaissance de la page ou des pages suivante(s).

b) Versement anticipé pour la propriété du logement avant l'entrée dans la CP Siemens

Avez-vous effectué un retrait pour la propriété du logement auprès d'une ancienne caisse de pension? Oui Non

Si oui:

Versement anticipé en CHF: _____ Retrait le (Date): _____

Montant dû en CHF: _____ Etat le (Date): _____

c) Mise en gage pour la propriété du logement avant l'entrée dans la CP Siemens

Avez-vous mis en gage une propriété du logement auprès d'une ancienne caisse de pension? Oui Non

Si oui:

Montant en CHF: _____ Créancier-gagiste: _____

d) Versement en capital par suite de divorce avant l'entrée dans la CP Siemens

Votre conjoint/partenaire a-t-il perçu un versement en capital par suite de divorce/dissolution du partenariat? Oui Non

Si oui:

Montant dû en CHF: _____ Etat le (Date): _____

e) Déménagement en provenance de l'étranger

Arrivez-vous de l'étranger ou avez-vous l'intention d'émigrer en Suisse prochainement? Oui Non

Si oui *:

Date d'arrivée: _____

Etiez-vous déjà assuré auprès d'une caisse de pension suisse par le passé? Oui Non

*Prière de joindre les copies des certificats d'assurance et/ou des décomptes de sortie.

Déclaration de la personne assurée

Je, soussigné, confirme avoir dûment rempli le formulaire conformément à la vérité. Je suis conscient qu'une omission/fausse déclaration/imprécision peut avoir des conséquences fiscales ou réglementaires dont je répons seul.

Lieu/Date

Signature de la personne assurée