

**EMPLOYEUR**

No de contrat : \_\_\_\_\_

Raison sociale : \_\_\_\_\_

**PERSONNE À ASSURER (à compléter par l'employeur)**

*Les personnes qui restent affiliées auprès de l'institution de prévoyance de leur ancien employeur en application de l'art. 26a LPP (maintien provisoire suite à une réduction ou suppression de rente de l'Assurance-Invalidité fédérale) doivent nous faire parvenir une attestation de ladite institution de prévoyance mentionnant la date théorique de la fin de la période de maintien. L'affiliation auprès d'une nouvelle institution de prévoyance se fera au plus tôt à l'échéance de la période de maintien, pour autant que les conditions d'affiliation soient toujours remplies.*

Date d'affiliation : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Etat civil :  célibataire  marié(e)  lié(e) par partenariat enregistré  divorcé(e)\*  veuf(ve)\*  
 \* s'applique par analogie à la personne liée par partenariat enregistré

N° AVS : \_\_\_\_\_ Date du mariage/part.enreg. : \_\_\_\_\_

Sexe :  homme  femme Date de naissance du conjoint : \_\_\_\_\_

Date d'entrée en Suisse si nationalité étrangère : \_\_\_\_\_ Salaire annuel déterminant (calculé pour une année complète) : CHF \_\_\_\_\_

Langue :  français  allemand  anglais Taux d'activité : \_\_\_\_\_ %

Adresse privée : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'employeur précédent : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'Institution de prévoyance précédente : \_\_\_\_\_

Lieu et date :

Timbre et signature de l'employeur :

**DECLARATION DE SANTE (à compléter à la main par la personne à assurer)**

1. Etiez-vous, lors de votre affiliation, en incapacité de travail (même partielle) ?  oui  non
2. Souffrez-vous ou avez-vous souffert durant les 5 dernières années de troubles de la santé ou des suites d'un accident, d'une maladie ou d'une infirmité congénitale ?  oui  non
3. Etes-vous au bénéfice de prestations de l'Assurance invalidité (AI) ou une demande a-t-elle été / va-t-elle être déposée auprès de cet office ?  oui  non  
 Si oui, taux d'invalidité déterminé par l'AI : \_\_\_\_\_ %  
 (joindre une copie de la décision AI)
4. Existait-il une réserve ou une surprime pour des raisons de santé auprès de votre Institution de prévoyance précédente ?  oui  non

J'autorise le réassureur de la Fondation à prendre connaissance de la présente. Si j'ai répondu oui à au moins une de ces quatre questions, j'ai pris note que seule la couverture des risques définie par les minima prévus par la LPP m'est accordée, tant que la Fondation ne m'a pas confirmé par écrit l'octroi de la couverture sur-obligatoire.

Je certifie avoir répondu sincèrement et de façon exacte aux quatre questions ci-dessus.

Lieu et date :

Signature de la personne à assurer :

**À RETOURNER À :**

Fondation Collective FCPE-Pensio  
Case postale 300  
1001 Lausanne