



Pensionskasse Musik und Bildung
Caisse de Pension Musique et Formation
Cassa Pensioni Musica e Educazione

Annonce au plan de prévoyance MV

A compléter par la personne à assurer

Veuillez compléter l'annonce intégralement et conformément à la vérité, l'imprimer (recto-verso ou deux pages agrafées) et la signer. Elle doit être envoyée en même temps que la/les déclaration(s) de prévoyance à:
**Caisse de Pension Musique et Formation,
Dufourstrasse 11, 4052 Bâle**

Personne assurée

Numéro AVS

Nom, prénom

Adresse

NPA, localité

Date de naissance /
sexe

 JJ.MM.AAAA

féminin
masculin

Nombre d'employeurs dans
ce plan de prévoyance ¹⁾

Début de l'assurance

 JJ.MM.AAAA

Salaire annuel attendu de
tous les employeurs
annoncés ²⁾

La personne assurée confirme que le montant annuel de tous ses revenus provenant d'une activité lucrative dépendante ou indépendante dépasse le seuil d'entrée selon la LPP ³⁾.

Montant annuel de tous les revenus attendus provenant d'une activité lucrative ⁴⁾

¹⁾ Nombre de vos employeurs qui, au moment de l'annonce, ont signé une déclaration de prévoyance (à joindre impérativement).

²⁾ Somme des salaires annuels que vous toucherez probablement de vos employeurs selon 1).

³⁾ Cette confirmation sert à attester le respect de l'art. 46 LPP (elle n'est pas nécessaire en cas d'assurance facultative selon l'art. 4 LPP).

⁴⁾ La déclaration du revenu annuel total est facultative.

Questions relatives à l'état de santé pour le plan de prévoyance MV

A compléter dans tous les cas par la personne à assurer

Numéro AVS

Nom, prénom

Etat civil	célibataire	marié(e) / lié(e) par un partenariat enregistré	divorcé(e) / en partenariat dissous	veuf/ve
		depuis	JJ.MM.AAAA	

Questions relatives à l'état de santé de la personne assurée

- | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1. Souffrez-vous des suites d'une maladie ou d'un accident? | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 2. Prenez-vous des médicaments, suivez-vous un traitement médical ou êtes-vous sous contrôle médical? | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 3. Avez-vous souffert, durant les cinq dernières années, de: troubles cardiaques ou circulatoires, hypertension, tuberculose, maladies de l'appareil respiratoire, tumeurs, ulcères, cancer, présence d'albumine dans l'urine, diabète, maladies de l'appareil digestif (estomac, vésicule biliaire, foie), maladies des reins, maladies des articulations, affections de la colonne vertébrale, épilepsie, troubles dépressifs et névrotiques, affections des oreilles ou des yeux, ou d'autres infections ou maladies? | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 4. Avez-vous dû, au cours des cinq dernières années, interrompre votre travail durant plus de quatre semaines (consécutives) en raison d'une maladie ou d'un accident? | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 5. Avez-vous subi un test du SIDA (VIH) dont le résultat était positif? | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 6. Etiez-vous soumis auprès de votre ancienne institution de prévoyance à des restrictions pour raisons de santé (réserves, suppléments de contributions, exclusions, etc.)? | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| 7. Touchez-vous une rente de l'AI et/ou de la SUVA? | Oui* | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |

Si vous avez répondu par l'affirmative à l'une des questions ci-dessus, veuillez fournir les précisions suivantes:

Quels troubles, maladies, infirmités ou examens médicaux?

De – jusqu'à?

Médecins traitants, hôpitaux, etc. (adresse ainsi que nom du médecin ou du service de l'hôpital)

La personne à assurer autorise la Caisse de Pension Musique et Formation, ainsi que la Winterthur Vie en tant que réassureur de celle-ci, à recueillir tous les renseignements nécessaires à l'examen de l'admission et du droit aux prestations en s'adressant directement à tous les médecins qui l'ont traitée, à toutes les assurances auxquelles elle a été affiliée, ainsi qu'à l'office AI et à la caisse de compensation compétents. Par la présente, elle délie expressément toutes ces instances du secret professionnel et de l'obligation de garder le secret.

Elle déclare en outre avoir pris acte que la Caisse de Pension Musique et Formation n'assume aucune responsabilité quant aux conséquences résultant d'une annonce tardive ou d'indications inexactes ou incomplètes.

Lieu date

Signature de la personne à assurer