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

Annonce au plan de prévoyance BV

Partie 1 – à compléter par l'employeur

Veuillez compléter intégralement la partie 1, la signer puis la transmettre au salarié avec la partie 2, en lui demandant de remplir cette dernière. Pour des raisons de protection des données, le salarié peut ensuite envoyer lui-même l'annonce complète (parties 1 et 2).

Employeur

Entreprise n°

Nom de l'entreprise

NPA, localité

Personne assurée

Numéro AVS

Nom, prénom

Adresse

NPA, localité

Date de naissance / sexe JJ.MM.AAAA féminin ☐ masculin ☐

Date d'entrée dans la CP JJ.MM.AAAA

Salaire annuel AVS probable en CHF

Plan de prévoyance BV1 ☐ BV2 ☐ BV3 ☐ BV4 ☐ BV5 ☐

Prestation de libre passage

La prestation de libre passage doit nous être transférée par l'ancienne institution de prévoyance. Des informations supplémentaires à ce sujet peuvent être obtenues auprès du secrétariat de la caisse de pension.

L'employeur confirme l'exactitude des données figurant dans la partie 1 de la présente annonce.

Lieu, date

Cachet et signature de l'employeur

Dufourstrasse 11, 4052 Basel
T +41 61 906 99 00, info@musikundbildung.ch
www.musikundbildung.ch

Annonce au plan de prévoyance BV

Partie 2 – à compléter par le salarié

Veuillez compléter intégralement la partie 2, la signer puis l'envoyer avec la partie 1 (sans passer par l'employeur) directement à:

Caisse de Pension Musique et Formation
Dufourstrasse 11
4052 Bâle

Nom de l'entreprise

Numéro AVS

Nom, prénom

E-Mail

Etat civil célibataire ☐ marié(e) ☐ divorcé(e) ☐ veuf/ve ☐

partenariat enregistré ☐ date de mariage/Date de part. enreg. JJ.MM.AAAA

Confirmation de l'aptitude au travail :

Le salarié déclare être actuellement :

☐ Totalement apte au travail ☐ partiellement apte au travail

Répondre aux questions supplémentaires suivantes :

- en cas d'incapacité de travail partielle
- de salaire annuel de plus de CHF 30'000

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

1. Souffrez-vous des suites d'une maladie ou d'un accident? Oui ☐ Non ☐
2. Prenez-vous des médicaments, suivez-vous un traitement médical ou êtes-vous sous contrôle médical? Oui ☐ Non ☐
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 ☐ Non ☐
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 ☐ Non ☐
5. Avez-vous subi un test du SIDA (VIH) dont le résultat était positif? Oui ☐ Non ☐
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 ☐ Non ☐
7. Touchez-vous une rente de l'AI et/ou de la SUVA? Oui* ☐ Non ☐
   * Veuillez joindre les documents correspondants

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 et le réassureur 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 du salarié

imprimer