

## Déclaration d'admission

### Données personnelles :

Date d'entrée dans la Fondation : \_\_\_\_\_

Plan de prévoyance : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse et lieu : \_\_\_\_\_

Sexe :  Féminin  Masculin Date de naissance : \_\_\_\_\_

N° AVS : \_\_\_\_\_

Etat civil :  Célibataire  Marié(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Lié(e) à un partenaire enregistré  
 Partenariat dissous

Date de naissance du conjoint : \_\_\_\_\_

Date du mariage / partenariat : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du conjoint : \_\_\_\_\_

Pour les épouses indiquer le nom de jeune fille

Si divorce, date du divorce / dissolution du partenariat : \_\_\_\_\_ (Indispensable)

Taux d'activité : \_\_\_\_\_ %

Salaire mensuel CHF \_\_\_\_\_ payé \_\_\_\_\_ fois

Compléments CHF \_\_\_\_\_

Salaire annuel global CHF \_\_\_\_\_

### Retrait ou mise en gage pour encouragement à la propriété du logement (EPL) :

Le droit aux prestations de prévoyance est-il mis en gage ?  Non  Oui

Si oui, veuillez joindre une copie du contrat de gage

La personne à assurer a-t-elle obtenu le versement anticipé d'une partie de sa prestation de libre-passage ?

Non  Oui

Si oui, date et montant du versement anticipé ?

Date : \_\_\_\_\_ Montant : CHF \_\_\_\_\_ dont LPP : CHF \_\_\_\_\_

Date de 1<sup>ère</sup> affiliation à l'assurance obligatoire LPP en Suisse : \_\_\_\_\_

Lieu et date : .....

Timbre et signature de l'employeur :

### Adresse administrative

Fondation Patrimonia  
Rue Saint-Martin 7  
CH-1003 Lausanne

### Siège

Fondation Patrimonia  
Rte François-Peyrot 12  
CH-1215 Genève 15

info@patrimonia.ch  
T +41 58 806 08 00



**Déclaration de santé à remplir obligatoirement par l'assuré à partir d'un salaire annuel AVS de CHF 200'000**

Cette déclaration doit être adressée sous pli confidentiel à : Fondation Patrimonia, à l'att. du médecin conseil – Rue Saint-Martin 7 1003 Lausanne

**Questions adressées à la personne à assurer** Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Nous vous prions de répondre séparément, précisément et scrupuleusement à chacune des questions ci-après :

En cas de déclaration inexacte ou incomplète la Fondation Patrimonia peut réduire les prestations ou refuser de les verser dans le cadre des dispositions légales.

❶ Avez-vous eu des problèmes de santé durant les 5 années précédant le début de l'assurance qui ont conduit à une incapacité de travail d'une durée supérieure à 3 semaines, ou avez-vous actuellement des problèmes de santé ?

Oui  Non Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

❷ Suivez-vous en ce moment un traitement auprès d'un médecin, d'un psychothérapeute et/ou d'un chiropracteur ?

Oui  Non Si, oui, auprès de qui ? \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

❸ Prenez-vous des médicaments ?  Oui  Non

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

Médecin traitant ou médicaments prescrits par : Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

❹ Recevez-vous des prestations de l'AI, de l'assurance militaire, de l'assurance accidents, de la LPP, ou d'une autre assurance, ou bien avez-vous fait une demande dans ce sens ?  Oui  Non

Si, oui, auprès de quelle institution ?

Nom & adresse : \_\_\_\_\_

Pour quel degré d'invalidité ? : \_\_\_\_\_ Montant annuel en CHF ? \_\_\_\_\_

Merci de joindre les décisions de ces institutions à la présente demande d'affiliation

**Prestation de libre-passage provenant de la prévoyance antérieure :**

Si l'assuré entre dans une nouvelle institution de prévoyance, l'ancienne institution de prévoyance doit verser la prestation de sortie à cette nouvelle institution ( art.3, al.1 LFPL ).

Virement à : Fondation Patrimonia, UBS / 8098 Zürich N° compte IBAN : CH68 0024 0240 7589 1200J

Une copie du certificat de sortie de l'ancienne institution doit être envoyée à la Fondation Patrimonia. Un accusé de réception vous sera envoyé lorsque les fonds seront crédités sur le compte de la Fondation.

**Déclarations :**

La personne soussignée délègue l'AI, l'assurance militaire, l'assurance-accidents, l'assurance maladie, l'assurance sociale étrangère, tous les médecins et les hôpitaux ainsi que d'éventuelles autres personnes du secret professionnel et du secret de service vis-à-vis de la Fondation Patrimonia. Elle autorise les institutions et les personnes nommées ci-dessus à communiquer à cette dernière tous les renseignements nécessaires à l'application de la prévoyance en faveur du personnel et à lui donner le droit de consulter les dossiers.

Seules les informations nécessaires seront demandées et la Fondation Patrimonia traitera toutes les données de façon strictement confidentielle. Les données concernées servent uniquement au traitement des contrats de prévoyance professionnelle.

Si, lors de son admission, l'assuré fait des déclarations inexactes concernant son état de santé, les prestations en cas d'invalidité et de décès sont limitées au minimum LPP. Ces prestations sont augmentées dans la mesure où le nouvel assuré a apporté un libre passage supérieur au minimum LPP.

Lieu et date : \_\_\_\_\_

Nom, prénom et signature de la personne à assurer : \_\_\_\_\_  
(ou du représentant légal (parents/tuteur) pour les mineurs):

**Adresse administrative**

Fondation Patrimonia  
Rue Saint-Martin 7  
CH-1003 Lausanne

**Siège**

Fondation Patrimonia  
Rte François-Peyrot 12  
CH-1215 Genève 15

info@patrimonia.ch  
T +41 58 806 08 00

