

Inscription auprès de Liberty 1e Flex Fondation d'investissement

Employeur	Numéro de contrat	Nom	NPA, lieu	
Preneur de prévoyance	Début de l'assurance	Numéro d'assurée (AVS)	Sexe <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f	Catégorie
	Nom/Prénom	Rue, n°	NPA, lieu	
	Etat civil	Date du mariage/Date de divorce	Date de naissance	Langue <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E
	Salaire annuel (bonus inclus)	dont bonus	Taux d'occupation %	Pleine capacité de travail <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non *
Preneur de prévoyance	Début de l'assurance	Numéro d'assurée (AVS)	Sexe <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f	Catégorie
	Nom/Prénom	Rue, n°	NPA, lieu	
	Etat civil	Date du mariage/Date de divorce	Date de naissance	Langue <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E
	Salaire annuel (bonus inclus)	dont bonus	Taux d'occupation %	Pleine capacité de travail <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non *
Preneur de prévoyance	Début de l'assurance	Numéro d'assurée (AVS)	Sexe <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f	Catégorie
	Nom/Prénom	Rue, n°	NPA, lieu	
	Etat civil	Date du mariage/Date de divorce	Date de naissance	Langue <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E
	Salaire annuel (bonus inclus)	dont bonus	Taux d'occupation %	Pleine capacité de travail <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non *
Preneur de prévoyance	Début de l'assurance	Numéro d'assurée (AVS)	Sexe <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f	Catégorie
	Nom/Prénom	Rue, n°	NPA, lieu	
	Etat civil	Date du mariage/Date de divorce	Date de naissance	Langue <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E
	Salaire annuel (bonus inclus)	dont bonus	Taux d'occupation %	Pleine capacité de travail <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non *

Nous vous prions d'annexer une copie du décompte de sortie de l'ancienne institution de prévoyance.

* Si vous avez répondu «non» à cette question et/ou si vous avez été dans l'incapacité de travailler durant une période de plus de 4 semaines pour raison de maladie ou d'accident au cours des cinq dernières années, veuillez remplir le formulaire «Déclaration de santé» et le joindre à votre envoi.

Remarques

Couverture d'assurance

Nous prenons connaissance du fait que la couverture d'assurance dépend de la véracité des données fournies et que Liberty 1e Flex Fondation d'investissement peut se retirer de l'assurance dans le cadre des dispositions légales si les données fournies devaient être fausses. Nous avons en particulier indiqué par une croix (X) les personnes qui ne disposent pas d'une pleine capacité de travail.

Pour de plus amples détails sur la couverture d'assurance, voir la page suivante.

Signature

Lieu, date

Signature employeur

Aide-mémoire «Explications concernant l'inscription»

Capacité de travail

Est considérée comme n'ayant pas la pleine capacité de gain toute personne qui, au début de l'assurance

- doit travailler à temps partiel ou ne doit pas travailler du tout pour des raisons de santé;
- touche une indemnité journalière par suite de maladie ou d'accident;
- est annoncée auprès d'une assurance invalidité étatique;
- touche une rente pour invalidité totale ou partielle, de maladie ou d'accident;
- ne peut plus, pour des raisons de santé, être occupée à plein temps dans une activité correspondant à sa formation ou à ses capacités.

Toutes les autres personnes sont considérées comme disposant de leur pleine capacité.

Questions du réassureur

Le réassureur concerné demandera des renseignements complémentaires pour les personnes:

- qui n'ont pas la pleine capacité de gain au sens de l'explication ci-dessus;
- dont les prestations à assurer en plus dépassent certaines limites dès le début de l'assurance ou lors d'un changement des modalités du contrat.

Au besoin, d'autres informations ou un examen médical peuvent être demandés auprès d'un médecin. Les frais en découlant sont à la charge du réassureur ou la fondation.

Couverture d'assurance

La couverture d'assurance est définitive et sans réserve pour les personnes dont le dossier ne nécessite pas de demandes complémentaires de la part du réassureur.

Pour les autres preneurs de prévoyance, la couverture d'assurance est définitive et sans réserve pour:

- les prestations minimales au sens de la LPP (pour autant qu'elles soient assurées);
- les prestations acquises par l'apport de la prestation de libre passage dans la caisse de pension, pour autant qu'elles aient été assurées sans réserve par l'institution de prévoyance précédente.

Les autres prestations couvertes par l'assurance ne le sont qu'à titre provisoire. La Liberty 1e Flex Fondation d'investissement vous communiquera par écrit si la protection d'assurance peut être accordée normalement ou seulement avec une réserve (restriction). Cette communication rend la couverture définitive.

Réserve

Toute réserve de santé décidée par l'institution de prévoyance précédente doit être annoncée à la Fondation par la personne concernée dans les quatre semaines suivant son entrée, par écrit et accompagnée de tous les documents y relatifs.
