Fondations de la SSO
Schwarztorstrasse 26
3001 Berne

T 031 500 31 91
info@sso-stiftungen.ch
www.sso-stiftungen.ch

SSO Prévoyance
Prévoyance professionnelle

Demande d'admission pour le salarié

Contrat n°: U230_ - _ _

Nom, adresse et n° de téléphone de l'employeur

_____

_____

Données personnelles

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse privée : _____

Date de naissance: _____ N° AVS: 756. _____

Adresse e-mail : _____ Numéro de portable : _____

Sexe: ❑ homme ❑ femme Langue: ❑ français ❑ allemand ❑ italien

Etat civil: ❑ célibataire ❑ pers. mariée ❑ divorce(é) ❑ veuf/veuve

❑ partenariat enregistré ❑ dissolution du partenariat enregistré

Date du mariage / de l'enregistrement du partenariat: _____

Début de l'assurance : _____

Salaire annuel AVS présumé, y compris le 13e salaire mensuel: CHF _____

Taux d'activité pour employé à temps partiel ❑ oui ____ % ❑ non

La personne à assurer jouit-elle de la pleine capacité de travail ? ❑ oui ❑ non

Plans de prévoyance

a) En cas de formation de collectifs:

Possibilité de former au maximum deux collectifs de salariés pour un **seul** plan de prévoyance:

- Salariés cadres Plan _____ (sélectionner un plan dans l'offre ci-dessous)
- Autres salariés Plan _____ (sélectionner un plan dans l'offre ci-dessous)

b) Sans formation de collectifs: sélectionner un plan dans l'offre ci-dessous et le cocher d'une croix
(s'applique à tous les salariés devant être assurés)

❑ STANDARD I	❑ PLUS Rente AI 40%	❑ PLUS O Rente AI 40%	❑ PLUS OS Rente AI 25%
❑ STANDARD S	❑ PLUS Rente AI 50%	❑ PLUS O Rente AI 50%	❑ PLUS OS Rente AI 40%
❑ OPTIMA*		❑ PLUS OS Rente AI 10%	❑ PLUS OS Rente AI 50%

*La rente certaine de survivant doit-elle être assurée? ❑ oui ❑ non

❑ STANDARD ❑ STANDARD O
Uniquement possible pour les affiliations avec plan STANDARD ou STANDARD O avant le 01.01.2014

Délai d'attente pour la rente d'invalidité: ❑ 12 mois* ❑ 24 mois**
* Impossible pour les plans PLUS OS
** Nécessite une assurance d'indemnité journalière avec couverture complète en cas de maladie

Assurance capital en cas de décès en plus des prestations pour survivants conformément à l'art. 19 al. 1 du règlement : ❑ oui ❑ non

Profession/Fonction

❑ médecin-dentiste assistant(e)
❑ technicien(ne)-dentiste
❑ hygiéniste dentaire
❑ assistant(e) dentaire
❑ assistant(e) en prophylaxie
❑ autre personnel

Statut de cadre (cocher seulement en cas de formation de collectifs) ❑ oui ❑ non

Lieu et date :

Signature de l'employeur :

_____, le _____ _____

Merci de faire remplir le verso

A remplir par la personne à assurer

Questions concernant l'état de santé

1. Avez-vous eu des problèmes de santé ayant entraîné une incapacité de travail de plus de 3 semaines au cours de ces 5 dernières années ou avez-vous actuellement des problèmes de santé? ❑ oui ❑ non

   Si oui, lesquels? _____

2. Etes-vous actuellement ou périodiquement en traitement ou sous contrôle auprès d'un médecin, d'un psychothérapeute ou d'un chiropraticien? ❑ oui ❑ non

   Si oui, auprès de qui? Adresse: Nom _____

   Rue, n° _____

   NPA, Lieu _____ _____

3. Prenez-vous régulièrement des médicaments? ❑ oui ❑ non

   Si oui, lesquels? _____

4. Recevez-vous des prestations de l'AI, de l'AM, d'un assureur LAA ou LPP, d'une assurance sociale de l'étranger ou d'un autre assureur, ou avez-vous fait la demande de telles prestations? ❑ oui ❑ non

   Si oui, de qui? _____

   pour quel degré d'invalidité ____% et de quel montant s'agit-il? CHF_____

Prestation de libre-passage

Disposez-vous de prestations de libre passage provenant d'anciennes institutions de prévoyance, de comptes ou de polices de libre passage? ❑ oui ❑ non

Si oui, ces dernières doivent être affectées à la Fondation de prévoyance SSO dans la même proportion qu'elles sont utilisées pour le rachat d'années d'assurance. Lieu de paiement: UBS SA, 8001 Zurich, IBAN CH73 0023 5235 4682 2701 U, en faveur de la Fondation de prévoyance SSO, Zurich. Nous vous prions de procéder au transfert auprès de votre ancienne institution de prévoyance.
Attention: *le transfert est prescrit par la loi!*

Propriété du logement

Avez-vous mis en gage le tout ou une partie de vos droits aux prestations de prévoyance? ❑ oui ❑ non

Avez-vous demandé le versement anticipé du tout ou d'une partie de votre prestation de libre-passage? ❑ oui ❑ non

Dispense du secret professionnel et de fonction / Droit de consulter les dossiers administratifs

La personne soussignée libère du maintien du secret professionnel l'AI, l'AM, les assureurs LAA, les institutions précédentes LPP, les assureurs maladie et les prestataires d'indemnités journalières, les éventuels assureurs étrangers de même que les médecins traitants, ce à l'égard de Swiss Life et des organes compétents de la Fondation de prévoyance de la SSO; elle permet aux institutions et assureurs énumérés ci-dessus de fournir les renseignements appropriés ou de permettre la consultation des dossiers dans la mesure où l'exige **l'exécution de la prévoyance en faveur du personnel** (appréciation du risque, traitement des cas de prestations). Il ne sera recueilli que des renseignements indispensables dans le cas concret et toutes les données seront traitées de manière **strictement confidentielle** par Swiss Life et la Fondation de prévoyance de la SSO. Il ne s'agira que de données servant exclusivement à **l'exécution du contrat** de prévoyance et d'assurance.

Signature de la personne à assurer: Signature de la fondation:

_____ _____

Lieu et date _____ Berne, _____

En cas de déclarations inexactes ou incomplètes, la Fondation de prévoyance de la SSO et Swiss Life peuvent, dans le cadre des dispositions légales et réglementaires, refuser ou diminuer les prestations, voire se départir du contrat d'assurance avec effet rétroactif.

Prière d'adresser la présente formule au:	Fondation de prévoyance de la SSO Schwarztorstrasse 26 3001 Berne	Conseiller en prévoyance / Courtier: N° du conseiller: _____