

Demande d'admission pour le propriétaire de cabinet

Contrat n°: U230_ _ _

Données personnelles concernant la personne à assurer

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse du cabinet: _____

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

Sexe: homme femme Langue: français allemand italien

Etes-vous membre de la SSO ou avez-vous l'intention
d'adhérer prochainement à la SSO? oui non

Etat civil: célibataire pers. mariée divorcé(e) veuf/veuve
si la personne est mariée Date du mariage: _____
 Partenariat enregistré Dissolution du partenariat enregistré
En cas de partenariat enregistré: Date de l'enregistrement: _____

Début de l'assurance: _____

Revenu **annuel** (sans déduction de coordination) CHF _____

Quand vous êtes-vous établi(e) à votre compte? _____

Avez-vous jusque-là été soumis(e) à l'assurance obligatoire selon la LPP? oui non

Dans l'affirmative, de quelle date à quelle date? _____

Plans de prévoyance

- | | | | |
|-------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> STANDARD I | <input type="checkbox"/> PLUS Rente AI 40% | <input type="checkbox"/> PLUS O Rente AI 10% | <input type="checkbox"/> PLUS OS Rente AI 10% |
| <input type="checkbox"/> STANDARD S | <input type="checkbox"/> PLUS Rente AI 50% | <input type="checkbox"/> PLUS O Rente AI 25% | <input type="checkbox"/> PLUS OS Rente AI 25% |
| <input type="checkbox"/> OPTIMA* | | <input type="checkbox"/> PLUS O Rente AI 40% | <input type="checkbox"/> PLUS OS Rente AI 40% |
| | | <input type="checkbox"/> PLUS O Rente AI 50% | <input type="checkbox"/> PLUS OS Rente AI 50% |

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

Le propriétaire du cabinet peut être assuré dans un autre plan que ses collaborateurs pour la réalisation de sa prévoyance professionnelle personnelle.

Délai d'attente pour la rente d'invalidité 12 mois* 24 mois

* impossible pour les plans Plus OS

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

Remplir également le verso

Questions concernant l'état de santé

Prière d'envoyer à la Fondation de prévoyance SSO le formulaire «Questionnaire médical» accompagné de la «Demande d'admission de propriétaires de cabinet» dûment remplis et signés. La Fondation de prévoyance SSO se réserve le droit de lier la conclusion du contrat à cet examen approfondi ou à d'autres examens médicaux plus poussés.

Jouissez-vous de la pleine capacité de travail? oui non

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 _____

Prestations 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 que le rachat d'années d'assurance. Lieu de paiement: UBS SA, 8001 Zurich, IBAN CH78 0023 5235 4682 2703 V, en faveur de la Fondation de prévoyance SSO, Zurich.

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 du propriétaire de cabinet à assurer: _____ Signature de la fondation: _____

Lieu et date _____ Berne, le _____

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 Fondation de prévoyance de la SSO
le présent document au: Schwarzerstrasse 26
3001 Berne

Conseiller en prévoyance / Courtier: _____

N° du conseiller: _____