

Complément à la demande d'inscription

Chez Vita, l'admission dans la prévoyance professionnelle se fait de manière générale sans examen de l'état de santé. Dans la prévoyance surobligatoire, Vita peut toutefois émettre des réserves sur l'état de santé pour les restrictions de santé existantes.

1 Données personnelles

Pour pouvoir vous identifier, nous avons besoin au minimum d'une des deux informations suivantes:

Nom de l'employeur

Numéro de contrat

Les informations suivantes sont requises:

Numéro AVS

Nom

Prénom

Date de naissance

Délai

Veillez nous retourner le présent formulaire dans les dix jours ouvrés.

Information

Les **réserves concernant l'état de santé** sont valables maximum cinq ans. Les réserves sur l'état de santé préexistantes sont reprises par l'institution de prévoyance et le temps écoulé est décompté chez nous.

Information

Votre **numéro de contrat** est indiqué sur votre plan de prévoyance.

2 Etat de santé

Vous sentez-vous en bonne santé?

Oui

Non

Pour quelle raison/quel diagnostic?

Depuis quand?

Médecin, hôpital, adresse

Etat de santé (suite)

Présentez-vous des restrictions de santé pouvant avoir des répercussions sur votre capacité de travail ou dont on peut s'attendre à ce qu'elles aient des répercussions sur votre capacité de travail dans les deux prochaines années?

Non | Oui

Pour quelle raison/quel diagnostic?

Depuis quand?

Médecin, hôpital,
adresse

Existe-t-il des réserves sur votre état de santé ou une surprime de risque dans la caisse de pension actuelle?

Non | Oui



Documents requis

Copie de la réserve et dernière attestation de prévoyance.

Avez-vous consulté un médecin, un psychologue ou un thérapeute au cours des cinq dernières années ou avez-vous suivi un traitement?

Non | Oui

Pour quelle raison/quel diagnostic?

Quand?

Durée?

Guérison sans séquelles?

Non | Oui

Médecin, hôpital,
adresse

Avez-vous prévu de consulter un médecin ou d'être hospitalisé ou de faire un séjour en cure ou une opération ambulatoire est-elle prévue?

Non | Oui

Pourquoi?

Quand?

3

Confirmation du nouveau collaborateur

J'autorise les médecins cités ainsi que mon institution de prévoyance actuelle à fournir des informations au service médical de Zurich Compagnie d'Assurances SA sur mon état de santé et/ou sur ma couverture de prévoyance actuelle et à traiter mes données dans le cadre du présent formulaire «Complément à la demande d'inscription». Zurich Compagnie d'Assurances SA s'engage à traiter les informations reçues de manière confidentielle.

Par ma signature, je confirme avoir répondu avec sincérité et en intégralité aux questions posées. En cas d'informations erronées, l'institution de prévoyance et Zurich Compagnie d'Assurances sur la Vie SA sont en droit de refuser les prestations.

Lieu, date	Signature
------------	-----------

4

Que se passe-t-il ensuite?

Vous recevrez votre nouvelle attestation de prévoyance après réception du formulaire et de la demande d'inscription pour la prévoyance du personnel.

Veillez nous envoyer le formulaire dûment complété et signé par voie postale ou par e-mail à l'adresse suivante:

Zurich Compagnie d'Assurances SA
Help Point LPP
Case postale
8085 Zurich
bvg@zurich.ch



Vous avez des questions au sujet de ce formulaire?

Le Help Point LPP (téléphone 0800 80 80 80) est à votre disposition du lundi au vendredi de 8h00 à 18h00 pour répondre à vos questions.