

## DECLARATION D'ENTREE

Entreprise: \_\_\_\_\_ N° d'affiliation: \_\_\_\_\_

### 1. Données personnelles

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Rue, n°: \_\_\_\_\_ NPA, localité: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Numéro d'assuré(e): \_\_\_\_\_

Taux d'occupation: \_\_\_\_\_ Sexe:  homme  femme

État civil:  célibataire  veuf (veuve)  marié(e) depuis le: \_\_\_\_\_  divorcé(e) depuis le: \_\_\_\_\_

N° p: \_\_\_\_\_ Natel p: \_\_\_\_\_ E-Mail p: \_\_\_\_\_

### 2. Date d'entrée / données salariales / nature de l'emploi

Date d'entrée dans l'entreprise: \_\_\_\_\_ Prise d'effet de l'assurance: \_\_\_\_\_

Salaire AVS: \_\_\_\_\_ Activité prof.: \_\_\_\_\_

(calculé sur la totalité de l'année civile)

L'engagement fait-il suite à une reconversion de l'Assurance Invalidité fédérale (AI)?  oui  non

### 3. Capacité de travail

La personne à assurer est-elle pleinement apte à travailler actuellement et à la prise d'effet de l'assurance?  oui  non

Si non, degré de l'incapacité de travail: \_\_\_\_\_ Depuis le: \_\_\_\_\_

La personne à assurer a-t-elle fait une demande de perception de prestations auprès d'une assurance sociale (AI, AA, AM) ou d'une autre assurance?  oui  non

Si oui, laquelle?

(merci de joindre la décision, si elle a déjà été prise)

Une rente d'invalidité a-t-elle été réduite ou supprimée en raison de la révision 6a de l'AI?  oui  non

### 4. Déclaration de santé

Existait-il auprès de l'institution de prévoyance précédente une réserve ou une prime supplémentaire pour des raisons de santé?  oui  non

Si oui, depuis le: \_\_\_\_\_ Motif: \_\_\_\_\_

Institution de prévoyance précédente, nom et adresse:

### 5. Informations complémentaires

Des droits à des prestations de prévoyance ou le droit à la prestation de libre passage ont-ils été mis en gage ou ont-ils fait l'objet d'un versement anticipé par le passé?  mis en gage  versés par anticipation

Si oui, créancier gagiste et adresse:  non

### 6. Déclaration relative à l'obligation de déclaration et à la protection des données

Par la présente, je déclare avoir répondu aux questions de ce formulaire de manière véridique et complète. J'ai conscience qu'une violation de l'obligation de déclarer pourra entraîner une diminution ou un refus des prestations, et que des dommages et intérêts pourront être demandés.

J'autorise ElipsLife à traiter les données nécessaires à la vérification du risque et du droit aux prestations ainsi qu'à l'exécution du contrat. Si nécessaire, ces données peuvent être transmises notamment à des coassureurs ou réassureurs ainsi qu'aux institutions de prévoyance auxquelles j'étais ou suis affilié(e).

Lieu et date:

Signature de la personne à assurer:

Signature de la société: