

Avis d'entrée pour la LPP

Fondation

Groupe Mutuel Prévoyance

Mutuelle Valaisanne de Prévoyance

Employeur

Raison sociale: _____

N° de contrat: _____

NPA/Localité: _____

Catégorie (s'il y a lieu): _____

Personne à assurer

Nom: _____

Prénom: _____

Date de naissance: _____

Sexe: _____

No d'assurance: _____

Profession: _____

Etat civil: _____

Date du mariage (yc LPart): _____

Langue: F D I E

Nationalité: _____

Adresse complète: _____

Date d'entrée: _____ Salaire AVS annuel, en Fr. _____ Taux d'activité, en % _____

L'employeur complète les données ci-dessus et appose sa signature. Il transmet ensuite le document à l'assuré qui le complète, le signe et le retourne à la fondation LPP. Par sa signature l'employeur confirme avoir pris connaissance de la «Déclaration» figurant en bas de page.

Lieu, date, signature et timbre de l'employeur

Questions à compléter par la personne à assurer

Etes-vous en pleine capacité de travail?

oui non **si non**, veuillez compléter entièrement le questionnaire médical.

Avez-vous dû interrompre votre travail lors des 5 dernières années pour des raisons de santé durant plus de 2 semaines complètement ou partiellement?

oui non **si oui**, veuillez compléter entièrement le questionnaire médical.

Avez-vous suivi au cours des 5 dernières années ou suivez-vous actuellement un traitement médical?

oui non **si oui**, veuillez compléter entièrement le questionnaire médical.

Bénéficiez-vous d'indemnités journalières ou des rentes de l'AI, de l'assurance maladie ou accident ou d'autres assureurs ou en avez-vous fait la demande?

oui non **si oui**, veuillez compléter entièrement le questionnaire médical.

Si oui, de qui _____ Degré d'invalidité en % _____

joindre une copie de la décision

Prestation de libre passage (PLP) pour la prévoyance professionnelle

Nom et adresse de la caisse de retraite précédente (No contrat) _____

Nom et adresse de l'employeur précédent _____

Le transfert de la PLP auprès de la fondation actuelle a-t-il déjà été demandé? oui non*

La PLP a-t-elle été mise en gage ou retirée pour le logement? oui, auprès de/date _____ non

Un rachat a-t-il été effectué au cours des 3 dernières années? oui, auprès de _____ non

* Si non, la fondation demande à la caisse de retraite précédente le transfert de la prestation de libre passage

Déclaration

Par leurs signatures, les personnes confirment avoir répondu complètement et conformément à la vérité aux questions susmentionnées et attestent que les réponses écrites par une tierce personne sont conformes à leurs indications. En cas de fausses déclarations ou déclarations incomplètes, les prestations subrogatoires peuvent être refusées par la fondation LPP. La fondation LPP se réserve le droit d'examiner l'admission sur la base des renseignements obtenus.

Lieu, date, signature de la personne à assurer