

## Prévoyance LPP

### Annonce, changement de salaire et de plan de prévoyance

1/2

**Ne pas nous retourner le présent formulaire avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance ou du changement de salaire/plan de prévoyance (actualité du questionnaire médical).**

Employeur

NPA, localité / canton

Numéro de membre

#### 1. a) Type d'inscription

- Annonce
  **Changement de salaire**  
 (compléter uniquement les chiffres 1b, 2a+b, 4, 5, 7)
  **Changement de plan de prévoyance**

#### b) Début de l'assurance, date du changement de salaire/de plan de prévoyance

Date:

#### 2. a) Données personnelles de l'assuré/e

N° d'assurance sociale

Nom, prénom

Rue, n°

NPA, localité

Date de naissance

Langue

- allemand
  français
  italien

Etat civil

- célibataire
  divorcé/e
  veuf/veuve

marié/e, date du mariage:

Sexe

- féminin
  masculin

#### b) Cercle de personnes / fonction dans l'entreprise

(et/ou appartenance à un collectif en conformité avec l'annexe 3 de la convention d'adhésion)

#### c) Indépendant/e (en vertu de la LAVS)

- NON
  OUI\*

a) Depuis quand?

b) Êtes-vous assuré/e contre les accidents au sens de la LAA

- NON
  OUI

**\*Le questionnaire médical doit impérativement être complété pour les personnes indépendantes.**

### 3. Plan de prévoyance LPP

#### Plan de base

BB

#### Plan LPP élargi

B1  
 B2  
 B4/40  
 B3/B50  
 B60  
 B40.F

#### Plan LPP élargi

B40.1F  
 B50.F  
 B50.1F  
 B60.F  
 B60.1F

#### Plan LPP élargi

A30  
 A30.1  
 A30.2  
 A30.24  
 A40  
 A40.1  
 A40.2

#### Plan LPP élargi

A40.24  
 A50.2  
 A50.5  
 A50.24  
 H4  
 S2

### 4. Salaire annuel assujéti à l'AVS

a) Salaire calculé sur une année entière, y c. gratifications, 13<sup>e</sup> salaire, etc.

b) **Pour les plans** B50.F/B50.1F/B40.F/B40.1F/B60.F/B60.1F

il est nécessaire d'indiquer le taux d'occupation

taux d'occupation

%

### 5. Actuellement, le salarié/la salariée:

a)  est entièrement apte au travail

ne jouit de son entière capacité de travail  
**(le questionnaire médical doit impérativement être complété.)**

b)  n'est pas invalide au sens de l'AI

est reconnu/e invalide au sens de l'AI (joindre **décision de l'AI** s.v.p.)

### 6. Transfert de la prestation de libre passage

La prestation de sortie de l'ancienne institution de prévoyance doit être versée sur le compte postal de la CP MOBIL (**IBAN: CH44 0900 0000 3000 3083 0**).

Veuillez remettre à la personne assurée le memento „Avis aux nouveaux assurés“. Celui-ci se trouve sur notre site Internet [www.pkmobil.ch](http://www.pkmobil.ch) ou peut être retiré auprès de la CP MOBIL.

### 7. Signatures

\_\_\_\_\_  
 Localité, date

\_\_\_\_\_  
 Signature de la personne à assurer

\_\_\_\_\_  
 Localité, date

\_\_\_\_\_  
 Timbre et signature de l'employeur

En apposant leur signature, la personne à assurer et l'employeur attestent de la véracité des réponses données. Si, lors d'un cas d'assurance, une réticence est constatée, il en résultera des restrictions de prestations.

### 8. Annexes

Le questionnaire médical (si demandé):

est joint en annexe

sera envoyé par la personne assurée à la CP MOBIL directement

## Questionnaire de santé LPP

A l'attention du service médical de la caisse de pensions.

Remarque: la forme masculine utilisée dans ce texte désigne tant les hommes que les femmes.

### Déclaration de la personne à assurer

Veillez répondre à chaque question par «oui» ou par «non». Les questions auxquelles vous répondez par «oui» nécessitent des indications plus précises.

#### 1. Données personnelles

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Nom                     | <input type="text"/>   |
| Prénom                  | <input type="text"/>   |
| Date de naissance       | <input type="text"/>   |
| Rue, n°, NPA, localité: | <input type="text"/><br><input type="text"/>                       |
| Sexe                    | <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin |
| N° d'assurance sociale: | <input type="text"/>   |

#### 2. Données professionnelles

|                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| Employeur                          | <input type="text"/> |
| Activité professionnelle actuelle? | <input type="text"/> |

#### 3. Etes-vous sous traitement ou faites-vous l'objet d'un suivi médical?

Oui  Non

|                             |                      |
|-----------------------------|----------------------|
| Si oui, pour quelle raison? | <input type="text"/> |
|                             | <input type="text"/> |

Nom, adresse du médecin / de l'hôpital / du professionnel de la santé (adresse complète)

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

- 
4. Prenez-vous ou avez-vous pris des médicaments de manière régulière au cours des cinq dernières années?  Oui  Non

Si oui, lesquels et pour quelle raison?

| du mois/année        | au mois/année        | Motif, nom du médicament, dosage | Traitement terminé  |
|----------------------|----------------------|----------------------------------|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>             | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>             | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>             | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Nom, adresse du médecin / de l'hôpital / du professionnel de la santé (*adresse complète*)

- 
5. Votre capacité de travail est-elle limitée d'une manière ou d'une autre (entièrement ou partiellement)?  Oui  Non

Si oui, pour quelle raison?

| du jour/ mois/année  | au jour/ mois/année  | Motif de l'incapacité de travail | Degré de l'incapacité de travail |
|----------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>             | <input type="text"/>             |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>             | <input type="text"/>             |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>             | <input type="text"/>             |

Nom, adresse du médecin / de l'hôpital / du professionnel de la santé (*adresse complète*)

---

6. Durant les cinq dernières années, avez-vous été en incapacité totale ou partielle de travail pendant plus de trois semaines consécutives?  Oui  Non

Si oui, pour quelle raison?

| du jour/<br>mois/année | au jour/<br>mois/année | Motif de l'incapacité de travail | Degré de l'incapacité de travail |
|------------------------|------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>             | <input type="text"/>             |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>             | <input type="text"/>             |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>             | <input type="text"/>             |

Nom, adresse du médecin / de l'hôpital / du professionnel de la santé (*adresse complète*)

---

7. Au cours des deux dernières années, vous êtes-vous soumis à des bilans de santé ou à des examens préventifs?  Oui  Non

Veillez ne remplir les champs ci-dessous que si une maladie a été détectée, ou encore si un traitement ou des examens complémentaires ont été recommandés.

| Mois/année           | Type d'examen        | Résultat de l'examen? |
|----------------------|----------------------|-----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>  |

Nom, adresse du médecin / de l'hôpital (*adresse complète*)

---

8. **Au cours des dix dernières années, avez-vous été traité ou opéré dans un hôpital ou dans un autre établissement placé sous direction médicale?**

Oui  Non

Si oui, pour quelle raison?

| du<br>mois/année     | au<br>mois/année     | Type de traitement / opération? | Traitement<br>terminé                                     |
|----------------------|----------------------|---------------------------------|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>            | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>            | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>            | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Ressentez-vous encore des douleurs / restrictions? Si oui, lesquelles?

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

Nom, adresse du médecin / de l'hôpital / de l'établissement (*adresse complète*)

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

---

9. **Avez-vous une infirmité congénitale, un handicap physique ou des séquelles d'un accident?**

Oui  Non

Si oui, lesquels?

| Type de l'infirmité/de l'handicap physique/<br>des séquelles d'accident | Médecin / hôpital / professionnel de la<br>santé |
|---|--|
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>                             |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>                             |

10. Au cours des dix dernières années, avez-vous suivi un traitement ou un conseil  
psychiatrique ou psychologique?

Oui  Non

Si oui, pour quelle raison?

| du<br>mois/année     | au<br>mois/année     | Motif du traitement? | Traitement<br>terminé                                     |
|----------------------|----------------------|----------------------|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Nom, adresse du médecin / de l'hôpital / du professionnel de la santé (*adresse complète*)

  

11. Au cours des cinq dernières années, avez-vous consulté des médecins,  
chiropraticiens, ostéopathes, physiothérapeutes ou d'autres professionnels  
de la santé qui n'ont pas été mentionnés dans le présent formulaire?

Oui  Non

Si oui, pour quelle raison?

| du<br>mois/année     | au<br>mois/année     | Motif du traitement? | Traitement<br>terminé                                     |
|----------------------|----------------------|----------------------|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Ressentez-vous encore des douleurs / restrictions? Si oui, lesquelles?

  

Nom, adresse du médecin / de l'hôpital / du professionnel de la santé (*adresse complète*)

12. Consommez-vous du tabac ou des substances qui peuvent être fumées?

Oui  Non

Si oui, lesquelles?

Depuis quand  
(année)?

Quantité par  
jour?

13. Avez-vous rencontré des problèmes de dépendances au cours des dix dernières années (médicaments, alcool, drogues, etc.)?

Oui  Non

Si oui, quelle substance?

Quand pour la dernière fois  
(mois/année)?

Nom, adresse du médecin / de l'hôpital / du professionnel de la santé (*adresse complète*)

14. Votre taille et votre poids

Taille en cm

Poids en kg

15. Percevez-vous des prestations (allocation journalière, rente, etc.) selon l'assurance invalidité fédérale (AI), l'assurance militaire (LAM), l'assurance accidents (LAA), la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP), une assurance sociale étrangère ou une autre assurance (p. ex. assurance d'indemnités journalières en cas de maladie) ou avez-vous demandé d'autres prestations?

Oui  Non

Pour quel degré d'invalidité et quelle raison?

Degré d'invalidité en %

Cause

De quelle assurance?

*Veillez joindre une copie des documents concernant ces prestations (p. ex. copie actuelle de la/des décision(s), du/des relevé(s) d'indemnités journalières, etc.).*



---

**16. Veuillez nous indiquer le nom de votre médecin de famille ou le médecin qui peut nous fournir au mieux des informations sur votre état de santé.**

Nom et adresse complète

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

---

**17. Avez-vous déjà eu une réserve de santé émise par l'institution de prévoyance précédente?**

Oui  Non

Si oui, veuillez joindre une copie de la réserve (définition médicale, début et durée).

La période écoulée d'une réserve de santé auprès de l'institution de prévoyance antérieure sera imputée à la nouvelle durée de la réserve de santé.

## Dispense du secret professionnel ou du secret de fonction et droit de consultation du dossier

La personne soussignée délègue l'assurance invalidité fédérale, l'assurance militaire, les assureurs-accidents, les institutions de prévoyance actuelles et précédentes, les assureurs maladie et d'indemnités journalières en cas de maladie, les éventuels assureurs étrangers ainsi que ses médecins traitants du secret professionnel et de fonction vis-à-vis de l'organe d'application de la caisse de pensions, dans la mesure où cela est nécessaire à l'application de la prévoyance en faveur du personnel (examen du risque ou traitement du cas de prévoyance concret). Par ailleurs, elle autorise les institutions et les personnes précitées à communiquer audit organe d'application de la caisse de pensions, au besoin, tous les renseignements nécessaires (données médicales comprises) et à lui donner le droit de consulter les dossiers. Seules les informations absolument nécessaires sont communiquées. De plus, la personne soussignée accepte que l'organe d'application de la caisse de pensions transmette ses informations personnelles ainsi que ses données médicales au sein de la fondation proparis pour examen des prestations ainsi que pour la lutte contre la fraude à l'assurance et les communique à d'autres assureurs et réassureurs concernés. La personne soussignée prend du reste connaissance du fait que l'organe d'application de la caisse de pensions ou de la fondation de prévoyance proparis peut mandater des tiers pour la conservation et le traitement des données. Les données sont traitées par l'organe d'application de la caisse de pensions et /ou la fondation de prévoyance proparis et les tiers mandatés dans la plus stricte confidentialité et ne sont utilisées que pour l'exécution du contrat de prévoyance ou d'assurance.

Lieu et date

Signature

---

**L'examen du risque requiert l'autorisation d'autres institutions de prévoyance et des médecins traitants de fournir des renseignements. Veuillez utiliser à cet effet la déclaration ci-jointe («Libération du secret professionnel et de fonction, droit de consultation et de transmission des dossiers») qui doit porter la signature manuscrite originale. Nous attirons votre attention sur le fait que l'examen du risque ne peut être effectué que lorsque la déclaration est signée sans modification de texte telles que des suppressions et/ou des ajouts. L'autorisation est valable jusqu'à sa révocation écrite, au plus tard toutefois jusqu'à la fin de l'examen du risque.**

**En cas de déclarations inexactes ou incomplètes, l'organe d'application de la caisse de pensions ou la fondation peuvent, dans le cadre des dispositions légales, réduire ou refuser les prestations.**

A renvoyer à: Caisse de pensions MOBIL  
Service médical  
Wölflistrasse 5  
3006 Berne