

Déclaration d'assurance LPP

*Contrat n°: _____

*Entreprise: _____

Rue, n°: _____

CP, lieu: _____

Prière de remplir les deux pages ainsi que les dater et signer.

Police n° (Interne) *Nom: _____ *Prénom: _____

*Rue, n°: _____ *CP, lieu: _____

*Date de naissance: _____ *Nationalité: _____ *Etat civil: _____

(*)Date du mariage/enregistrement du partenariat: _____ *Sexe: masculin féminin

*Obligation d'entretien: Oui Non *Emploi: pour l'année saisonnier temps partiel

*Degré d'occupation: _____% *Entrée en service: _____ *Pleine capacité de travail/de gain²: Oui Non

Début de l'assurance (s'il ne coïncide pas avec l'entrée en service): _____ *Langue: a f i ang Indépendant:

*Salaire annuel probable soumis aux cotisations AVS, CHF¹: _____ Unité d'organisation: _____

*Catégorie de pers. (s'il y a plusieurs): _____

Police n° (Interne) (*)Nom: _____ Prénom: _____

Rue, n°: _____ CP, lieu: _____

Date de naissance: _____ Nationalité: _____ Etat civil: _____

Date du mariage/enregistrement du partenariat: _____ Sexe: masculin féminin

Obligation d'entretien: Oui Non Emploi: pour l'année saisonnier temps partiel

Degré d'occupation: _____% Entrée en service: _____ Pleine capacité de travail/de gain²: Oui Non

Début de l'assurance (s'il ne coïncide pas avec l'entrée en service): _____ Langue: a f i ang Indépendant:

Salaire annuel probable soumis aux cotisations AVS, CHF¹: _____ Unité d'organisation: _____

Catégorie de pers. (s'il y a plusieurs): _____

Police n° (Interne) (*)Nom: _____ Prénom: _____

Rue, n°: _____ CP, lieu: _____

Date de naissance: _____ Nationalité: _____ Etat civil: _____

Date du mariage/enregistrement du partenariat: _____ Sexe: masculin féminin

Obligation d'entretien: Oui Non Emploi: pour l'année saisonnier temps partiel

Degré d'occupation: _____% Entrée en service: _____ Pleine capacité de travail/de gain²: Oui Non

Début de l'assurance (s'il ne coïncide pas avec l'entrée en service): _____ Langue: a f i ang Indépendant:

Salaire annuel probable soumis aux cotisations AVS, CHF¹: _____ Unité d'organisation: _____

Catégorie de pers. (s'il y a plusieurs): _____

¹**Salaire annuel probable soumis aux cotisations AVS en CHF:** Pour les personnes engagées pour une période de moins de 12 mois par l'anné civile (calendaire), le salaire annuel correspond au salaire que la personne assurée obtiendrait si elle était employée à l'année. Pour les personnes qui touchent un salaire irrégulier et/ou dont le montant peut varier, le salaire correspond à celui que la personne obtiendrait probablement en travaillant une année entière.

²**Capacité de travail resp. gain partielle:** Pour chaque personne ne possédant pas sa pleine capacité de travail par suite de maladie ou d'accident (particulièrement pour les bénéficiaires d'une rente de l'AI), des renseignements complémentaires doivent être fournis à la page 2.

1 Informations concernant la prévoyance du personnel

1.1 Délai de déclaration pour les collaborateurs à assurer

Veillez déclarer les personnes à assurer à la date de l'entrée en service resp. au début de l'assurance, mais au plus tard 60 jours après le début des rapports de travail.

1.2 Couverture des risques en cas de capacité de travail resp. de gain totale/partielle

Les personnes à assurer sont admises normalement à l'assurance pour autant

- qu'elles possèdent leur pleine capacité de travail lors de l'entrée en service/au début de l'assurance
- qu'elles soient annoncées à Helvetia dans le délai imparti, c'est-à-dire au plus tard 60 jours après le début des rapports de travail
- qu'aucun examen du risque spécial ne doive être effectué. Helvetia détermine s'il est nécessaire de procéder à l'examen du risque.

Si ces conditions sont réunies, Helvetia garantit la couverture d'assurance définitive dès le début prévu de l'assurance.

S'il y a lieu d'effectuer un examen du risque spécial ainsi que dans tous les autres cas (par ex. en cas de capacité de travail partielle), Helvetia juge de l'état de santé du proposant. Dans ce cas, la couverture d'assurance est provisoire et ne devient définitive que sur la base d'une communication correspondante de Helvetia. Le cas échéant, certaines réserves peuvent être remises.

Toutefois, chaque proposant jouissant d'une capacité de travail de plus de 30% est obligatoirement assuré dans le cadre des prestations LPP prescrites.

2 Renseignements complémentaires concernant les personnes ne possédant pas leur pleine capacité de travail resp. de gain.

Nom, Prénom	Degré de capacité de travail (%)	L'annonce à l'assurance invalidité fédérale a-t-elle été faite?	L'AI a-t-elle rendu La sa décision?	CNA a-t-elle rendu sa décision?
_____	_____ %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____ %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____ %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nous avons pris connaissance des conditions précitées et les acceptons. Toutes les personnes énumérées en page 1 seront annoncées à l'assurance.

Lieu, date

Cachet, signature de l'entreprise

Veillez retourner ce formulaire à l'adresse suivante:

Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances sur la Vie SA, case postale 3855, 4002 Bâle