

Annonce

Entreprise n°

Contrat n° /

à la prévoyance professionnelle
pour les intermittents (art. 46 LPP)
et les indépendants (art. 44 LPP)

Activité indépendante exercée à titre accessoire

Intermittent

.....

Personne assurée

Nom

Prénom

Numéro AVS

.....
Rue, NPA et localité

Date de naissance

Sexe

m f

Etat civil

Célibataire

Divorcé(e)

N° de téléphone

Marié(e) depuis

Lié(e) par un partenariat enregistré

.....

.....

En partenariat dissous par décès

Adresse e-mail

Veuf/veuve

En partenariat dissous judiciairement

.....

Indications relatives au rapport de prévoyance

Variante de plan

Plan SFF «Famille»

Plan SFS «Single»

Le taux de cotisation pour l'assurance de risque et les frais administratifs s'élève à (en % du salaire annuel déclaré):

Plan SFS «Single»

Femmes et hommes 4,2%

Plan SFF «Famille»

Femmes et hommes 3,8%

Les cotisations excédentaires sont créditées sur le compte de vieillesse.

Assurance

Début de l'assurance

.....

Salaire annuel à assurer auprès de la fpa dans le cadre de l'assurance décès et invalidité (montants fixes selon a-e ou montant libre selon f, au minimum 10 000 CHF)

a) 10 000 CHF

b) 20 000 CHF

c) 30 000 CHF

d) 40 000 CHF

e) 50 000 CHF

f) CHF

- Devrait correspondre au revenu que vous pouvez attendre de votre activité (hors revenu déjà assuré ailleurs).

- Le salaire annuel annoncé peut être ajusté au début de chaque année.

Capacité de travail

Le complément à l'annonce doit toujours être complété.

Paiement des cotisations

Pour les intermittents, les cotisations sont versées chaque trimestre, à terme échu, par les différents employeurs.

Si les cotisations versées ne suffisent pas pour régler la contribution de risque pour l'assurance du salaire déclaré, le montant résiduel éventuel est facturé à l'intermittent/l'indépendant. Si ce montant n'est pas réglé, la fondation de prévoyance peut, au moyen d'une notification écrite, lever la couverture de prévoyance à compter de la date à laquelle des cotisations ont été payées pour la dernière fois pour le membre.

L'indépendant verse lui-même ses cotisations.

Durée de l'affiliation

La présente convention est valable sans limite de temps et peut être résiliée pour la fin du mois suivant.

Au demeurant, les dispositions du règlement de prévoyance en vigueur sont déterminantes.

Signature

Date

Signature de la personne assurée

A retourner à

vorsorgestiftung film und audiovision
Durchführungsstelle
Postfach 300
8401 Winterthur

Complément à l'annonce

Entreprise n°
 Contrat n° /

Personne
 assurée

Nom	Prénom	Numéro AVS	
Rue, NPA et localité		Date de naissance	Sexe
Activité actuelle		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f	
Taille (cm)	Poids (kg)		

Questions relatives
 à l'état de santé

Celles-ci se réfèrent aux **5 dernières années**. En cas de réponse positive, merci de fournir les précisions demandées.

- Détail**
- 1.** Présentez-vous une incapacité de travail partielle ou totale au début de l'assurance ou, en cas de transformation du contrat, au moment de l'augmentation des prestations? Oui Non
- Disposez-vous d'une décision de l'AI? Oui Non
 Si oui, veuillez la joindre. Sinon, veuillez joindre le cas échéant des décomptes de l'assurance-accidents ou de l'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie.
- 2.** Souffrez-vous de troubles de la santé, d'affections ou des suites d'un accident ou d'une maladie? Oui Non
- Lesquels _____ Depuis quand _____ guéri non guéri
- 1* 2*
- Médecins/Hôpitaux (nom et adresse) _____
- 3.** Souffrez-vous d'un ou plusieurs troubles ou affections suivants: arthrose, asthme, affection des yeux, bronchite, hypertension, cholestérol, troubles cardiaques, cancer, paralysie, sclérose en plaques, baisse de la vue ou de l'audition **non** corrigée, troubles psychiques, rhumatismes, dérèglement glandulaire ou thyroïdien, apoplexie, affections de la colonne vertébrale, diabète ou d'autres maladies, symptômes ou troubles non mentionnés ci-dessus? Oui Non
- Lesquels _____ De quand à quand _____ guéri non guéri
- 1* 2*
- Médecins traitants/Hôpitaux (nom et adresse) _____
- Lesquels _____ De quand à quand _____ guéri non guéri
- 1* 2*
- Médecins traitants/Hôpitaux (nom et adresse) _____
- Lesquels _____ De quand à quand _____ guéri non guéri
- 1* 2*
- Médecins traitants/Hôpitaux (nom et adresse) _____

* 1 = guéri(e)/tout est en ordre/traitement terminé
 * 2 = pas guéri(e)/encore en traitement/sous surveillance

4. Avez-vous dû interrompre votre activité, même partiellement, durant plus de 2 semaines en raison d'une maladie ou d'un accident?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Motif	De quand à quand	guéri	non guéri
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)			
.....			
Motif	De quand à quand	guéri	non guéri
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)			
.....			
5. Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement médical, chiropratique ou psychologique de plus de 4 semaines, êtes-vous ou avez-vous été sous surveillance pendant plus de 4 semaines ou avez-vous besoin de prendre, prenez-vous ou avez-vous pris régulièrement des médicaments, des antidouleurs, des somnifères, des tranquillisants ou des drogues?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pourquoi êtes-vous ou avez-vous été en traitement/sous surveillance?	De quand à quand	guéri	non guéri
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)			
.....			
Médicaments, etc.	De quand à quand	Doses par semaine	
.....		
Pourquoi êtes-vous ou avez-vous été en traitement/sous surveillance?	De quand à quand	guéri	non guéri
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)			
.....			
Médicaments, etc.	De quand à quand	Doses par semaine	
.....		
6. Avez-vous subi des examens, p. ex. contrôles, radiographies, électrocardiogramme, test VIH, etc., dont le résultat a révélé une anomalie (ne pas indiquer les examens génétiques)?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Lesquels	Quand	guéri	non guéri
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)			
.....			
Lesquels	Quand	guéri	non guéri
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)			
.....			
7. Avez-vous subi ou prévoyez-vous de subir une opération (ambulatoire ou stationnaire) ou une intervention vous a-t-elle été recommandée?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Laquelle	Quand	guéri	non guéri
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)			
.....			
Laquelle	Quand	guéri	non guéri
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)			
.....			
8. Quel est le médecin (ou chiropracteur, psychothérapeute) le mieux informé de votre suivi médical?			
Nom	Prénom	NPA, localité	
.....		
.....			

* 1 = guéri(e)/tout est en ordre/traitement terminé
* 2 = pas guéri(e)/encore en traitement/sous surveillance

Indications supplémentaires en cas de changement d'emploi	Étiez-vous assuré(e), chez votre dernier employeur, dans le cadre d'une institution de prévoyance professionnelle? Si oui, veuillez fournir les indications suivantes: Entreprise ou institution de prévoyance Rue, NPA et localité Existe-t-il une réserve pour raisons de santé de votre dernière caisse de pension? (si oui, merci d'en joindre une copie)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---	--

Remarques

Déclaration	J'autorise les médecins, psychothérapeutes, physiothérapeutes, chiropracteurs, hôpitaux, assureurs-accidents et d'une indemnité journalière en cas de maladie ainsi que mon ancienne institution de prévoyance à transmettre, dans le cadre de la présente assurance, des renseignements sur mon état de santé et/ou sur mon ancienne couverture d'assurance au service médical d'AXA Vie SA.	Je prends acte de ce que la couverture du risque dépend de l'exactitude des réponses données ci-dessus. Si des informations erronées lui sont communiquées, AXA Vie SA peut, conformément aux dispositions légales, se départir de l'assurance.
--------------------	---	---

Signature	Date	Signature de la personne assurée
------------------	------	----------------------------------

A retourner à vorsorgestiftung film und audiovision
Durchführungsstelle
Postfach 300
8401 Winterthur