

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

Adresse e-mail

Veuf/veuve

En partenariat dissous judiciairement

Indications rela-
 tives 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.

L'indépendant verse lui-même ses cotisations.

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.

**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 <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f
Joignable	Adresse e-mail privée		N° de téléphone	
	Taille (cm)	Poids (kg)	Activité actuelle	

Questions relatives à l'état de santé Celles-ci se réfèrent aux **5 dernières années** précédant le début de l'assurance ou le moment de l'augmentation des prestations. En cas de réponse positive, merci de fournir les précisions demandées.

Détail	1. Présentiez-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?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Disposez-vous d'une décision de l'AI? 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.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2. Souffrez-vous de troubles de la santé, d'affections ou des suites d'un accident ou d'une maladie?	Lesquels	Depuis quand	guéri non guéri
	Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)		<input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2*
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?	Lesquels	De quand à quand	guéri non guéri
	Médecins traitants/Hôpitaux (nom et adresse)		<input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2*
	Lesquels	De quand à quand	guéri non guéri
	Médecins traitants/Hôpitaux (nom et adresse)		<input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2*
	Lesquels	De quand à quand	guéri non guéri
	Médecins traitants/Hôpitaux (nom et adresse)		<input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2*

* 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	Étiez-vous assuré(e), chez votre dernier employeur, dans le cadre d'une institution de prévoyance professionnelle?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
en cas de changement d'emploi	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

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