

Questionnaire d'admission

1. Nom Prénom
2. Employeur Fonction
3. Sexe M F
4. Date de naissance No social – AVS
5. Adresse No postal et lieu
6. No de téléphone E-mail
7. Etat civil : célibataire marié partenariat enregistré veuf divorcé
8. Nom et prénom du conjoint/partenaire (pour l'épouse, indiquer le nom de jeune fille)
9. Date de naissance du conjoint/partenaire
10. Date mariage ou enregistrement partenariat (pour calcul PLP à la date du mariage/partenariat)
11. Ancienne Caisse de prévoyance Oui Non (voir formulaire de transfert annexé)
Si oui, adresse complète
12. Compte de libre passage Oui Non (voir formulaire de transfert annexé)
Si oui, adresse complète
13. Pour les assurés étrangers et Suisses revenant de l'étranger : date d'arrivée en Suisse
14. Retrait anticipé dans le cadre de l'accession à la propriété Oui Non
Si oui Montant Date
- Mise en gage : Oui Non
Si oui Banque Date

Remarques

.....

.....

.....

.....

.....

Lieu et date

Signature

.....



Questionnaire de santé

Nom, Prénom Né (e) le:

- | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Souffrez-vous actuellement de troubles dans votre santé ou d'une infirmité ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Etes-vous actuellement sous contrôle médical en raison d'une maladie, des suites d'un accident, d'une opération ou prenez-vous des médicaments ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Avez-vous dû, au cours des 5 dernières années, interrompre votre travail durant plus de 4 semaines consécutives pour raison de maladie, d'accident ou suite à une opération ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Avez-vous souffert durant les 5 dernières années de : troubles cardiaques ou circulatoires, hypertension artérielle, obésité, tuberculose, maladies de l'appareil digestif (estomac, bile, foie), maladies des reins, maladies des articulations, affections de la colonne vertébrale, épilepsie, maladies du système nerveux, affections des oreilles ou des yeux ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Une affection, anomalie, maladie n'ayant pas entraîné d'incapacité de travail a-t-elle été diagnostiquée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Une demande de prestations AI a-t-elle été effectuée ? Si oui indiquer le résultat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

s'il a été répondu oui aux questions ci-dessus, prière de donner des renseignements plus détaillés notamment en ce qui concerne la cause, la durée de l'absence et le nom et adresse du médecin traitant, hôpital etc. :

No question	Troubles de santé / affection	Quand, durée traitement	Médecin traitant, hôpital

Je déclare avoir répondu de façon véridique et complète aux questions ci-dessus. Je relève de leur secret professionnel tous les médecins auxquels le médecin-conseil de CPVAL demandera des renseignements. En cas de communication de renseignements incomplets ou contraires à la vérité (réticence), CPVAL est habilitée à ne verser que les prestations minimales selon la LPP.

Date : Signature de l'assuré:

Attention, partie à remplir uniquement par le médecin-conseil, si nécessaire!

Sur la base de la visite médicale ordonnée par CPVAL et conformément à l'article 3 du règlement, je recommande à CPVAL de prendre la mesure suivante :

- imposition d'une réserve médicale de ans (maximum 5 ans) pour les prestations d'invalidité et de décès

nature de la réserve :

- aucune réserve médicale n'est appropriée.

Date : Signature et sceau du médecin-conseil de CPVAL

En cas de réserve, seules sont assurées les prestations selon la LPP.

