

Contrat d'affiliation et formulaire d'inscription pour indépendant

No de décompte (si connu) _____

1. Déclaration d'affiliation

Par le présent contrat, l'indépendant confie l'exécution de la prévoyance professionnelle selon l'art. 48 de la loi sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP) à la **Fondation de prévoyance pour le personnel des médecins et vétérinaires PAT-BVG** (ci-après dénommée PAT BVG). La PAT BVG est inscrite au registre de la prévoyance professionnelle sous le numéro BE 01.0059.

Les règlements et dispositions d'exécution édictés par la PAT BVG font partie intégrante du présent contrat d'affiliation. L'entrée en vigueur du présent contrat d'affiliation est soumise à la condition que l'admission soit définitivement confirmée par la PAT BVG.

2. Prestations assurées, cotisations

Le règlement de prévoyance et le plan de prévoyance choisi déterminent les prestations assurées ainsi que les cotisations. Sous réserve de l'approbation de la PAT BVG, il est possible de changer de plan de prévoyance pour le début de chaque année civile.

3. Modalités du versement des cotisations

Les cotisations sont généralement dues chaque trimestre. Les cotisations sont exigibles 10 jours après la fin de la période de versement, mensuelle ou trimestrielle. Des frais de sommation et des intérêts moratoires selon le CO sont dus pour tout versement tardif. Seul l'indépendant répond des cotisations qui n'auraient pas été versées et des lacunes de couverture en découlant.

4. Résiliation du contrat d'affiliation, délais de résiliation

Le contrat d'affiliation peut être résilié par écrit par les parties du contrat à l'issue d'une année d'assurance complète moyennant le respect d'un délai de résiliation de 6 mois pour la fin d'une année d'assurance.

En général, une prestation de vieillesse échoit si l'indépendant a atteint ou dépassé l'âge de 58 ans au moment de la sortie. Lorsque l'indépendant continue de percevoir un revenu soumis à l'AVS après le terme de résiliation, il peut demander à ce qu'une prestation de sortie soit versée sur un compte de libre-passage en lieu et place de la prestation de vieillesse.

La PAT BVG peut par ailleurs résilier ce contrat d'affiliation avec effet immédiat après la troisième sommation de payer des cotisations en souffrance, avec pour conséquence de mettre fin à la couverture de prévoyance.

Les excédents ou les découverts sont compensés si les conditions d'une liquidation partielle sont réunies. Le règlement sur la liquidation partielle en détaille les critères.

5. Début du droit aux prestations d'invalidité

1. Deux délais d'attente peuvent être choisis pour le début du droit aux prestations d'invalidité. Un délai d'attente de 360 jours est généralement choisi lorsqu'aucune autre assurance (par exemple une assurance indemnités journalières maladie ou accident) ne verse de prestations au-delà du 360ème jour. S'il existe une assurance indemnités journalières maladie avec une durée des prestations d'au moins 720 jours ainsi qu'une assurance-accidents facultative au sens de la LAA, il est possible de choisir un délai d'attente de 720 jours pour le droit aux prestations d'invalidité.
2. En cas de report du début du droit aux prestations d'invalidité à 720 jours avec réduction correspondante des cotisations de risque, la PAT BVG paie les éventuelles prestations d'invalidité au plus tôt dès le 721ème jour, et ce indépendamment d'une assurance indemnités journalières maladie ou accident. S'il est demandé des prestations avant ce délai, l'intégralité de la rente versée avant le 721ème jour sera facturée à l'indépendant assuré, respectivement compensée avec les prestations le cas échéant réclamées, à l'exception de la libération de l'obligation de cotiser pour les cotisations d'épargne et les cotisations de risque. Le délai d'attente pour la libération de l'obligation de cotiser s'élève toujours à 6 mois.

Confirmation:

- Il n'existe aucune assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie (suite du point 6).
- Il existe une assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie avec au moins (nombre d'indemnités journalières par cas)
- 720 360 (cf. ci-dessous, point 6) autre: _____ indemnités journalières par cas

Si le délai d'attente pour les prestations d'invalidité de 720 jours est choisi, je confirme que l'indemnité journalière de maladie s'élève à au moins 80% du salaire perdu pendant toute la durée.

En cas de report du début du droit aux prestations d'invalidité à 720 jours avec des primes de risque réduites en conséquence, la PAT BVG n'est pas responsable des droits juridiques éventuellement dérivés avant la fin du délai d'attente. Si, lors d'un cas de prestation, il s'avère que le début des prestations ne peut pas être coordonné avec l'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie et que la PAT BVG doit déjà verser des prestations d'invalidité avant le 721^e jour, l'indépendant affilié est responsable des prestations supplémentaires et celles-ci vous seront facturées ou déduites des éventuelles prestations demandées. L'exonération des cotisations en est exclue. **Je prends note que je suis responsable des éventuelles prestations supplémentaires et que la PAT BVG me les facturera.**

6. Identité

Nom, prénom _____

No AVS _____

Date de naissance _____

Rue, NPA, lieu _____

Sexe féminin masculin _____

No d'identification des entreprises (IDE) _____

Profession _____

Titre de spécialiste _____

Adresse e-mail _____

No tél.. _____

Etat civil célibataire marié(e) depuis : _____
 veuf/veuve partenariat enreg. depuis : _____
 divorcé(e) légalement séparé(e) partenariat dissout _____

7. Indications concernant l'assurance

a) Etes-vous affilié à la caisse de compensation AVS medisuisse?

- OUI, veuillez introduire le numéro de décompte: _____
- L'inscription sera transmise – les formulaires pour l'inscription se trouvent sur le site web www.medisuisse.ch > Affiliation / Cessation d'activité
- NON, veuillez indiquer la caisse de compensation AVS compétente: _____

b) Début de l'assurance (n'est possible que pour le début d'un mois)

c) Salaire annuel à assurer (*Peut être assuré au maximum le revenu soumis à l'AVS*) CHF _____

d) Depuis quand êtes-vous indépendant/e? _____

e) Avez-vous conclu une assurance LPP à titre facultatif au cours de la première année après avoir repris une activité indépendante? oui non

f) Existe-t-il déjà une assurance LPP qui sera poursuivie? oui non

Si oui

- en tant qu'indépendant/e
 en tant que salarié/e

Auprès de quelle institution de prévoyance? _____

Si non, à quel moment le dernier emploi a-t-il pris fin? _____

g) S'il existe un droit à une prestation de libre passage, celle-ci doit être versée dans la nouvelle institution de prévoyance professionnelle (art. 4 al 2^{bis} LFLP). Prière de faire virer le montant sur le compte suivant:
acrevis Bank AG, en faveur de: PAT-BVG, 9001 St. Gall, IBAN CH33 0690 0016 0084 3650 2

h) Avez-vous déjà antérieurement procédé à un versement anticipé pour l'acquisition d'un logement en propriété? oui non

Si oui, prière de joindre les documents correspondants

i) Employez-vous du personnel? oui non

j) Etes-vous affilié/e, pour votre personnel, auprès d'une institution de prévoyance? oui non

Si oui, nom de cette institution de prévoyance

- PAT BVG

8. Indications concernant la santé

Remarque:

Si la demande est soumise par l'intermédiaire d'un centre de conseil ou d'un fiduciaire, il est possible, sur demande et pour des raisons de protection des données, de renoncer à remplir le questionnaire de santé dans cette demande et de les soumettre directement à la PAT BVG au moyen du formulaire "Feuille annexe - Questionnaire de santé" (disponible au téléchargement sur le site www.pat-bvg.ch).

La "feuille annexe - Questionnaire de santé " doit être envoyée séparément. oui

a) Disposez-vous de votre pleine capacité de travail ou de gain? oui non

Remarque:

Une personne, qui n'est pas entièrement capable de travailler est défini comme suite.

Au début de l'assurance elle

- doit être totalement ou partiellement absent du travail pour des raisons de santé, ou
- reçoit des indemnités journalières à la suite d'une maladie ou d'un accident, ou
- est inscrit auprès d'une assurance invalidité nationale, ou
- reçoit une pension d'invalidité totale ou partielle, ou
- ne peut plus participer pleinement à son entraînement et à ses capacités pour des raisons de santé.

Toutes les autres personnes sont considérées comme pleinement capables de travailler

Si non, pour quel motif?

b) Touchez-vous une rente d'invalidité (suite à une maladie ou à un accident)? oui non

Si oui: degré d'invalidité: _____ %

c) Existait-il, auprès de l'ancienne institution de prévoyance, une réserve pour raison de santé, ou bien des propositions pour d'autres assurances de personnes ont-elles été refusées? oui non

Si oui, quand, par qui et pour quel motif?

d) A l'heure actuelle, êtes-vous en bonne santé? oui non

Si non, pour quel motif?

e) Souffrez-vous actuellement d'une maladie ou des suites d'une maladie ou d'un accident ou d'une infirmité congénitale? oui non

Si oui: descriptif exact, depuis quand, nom et adresse du médecin traitant.

- f) Avez-vous dû interrompre votre travail, entièrement ou partiellement, pendant plus de quatre semaines consécutives au cours des cinq dernières années? oui non

Si oui: Pour quel motif	de – à	guéri
_____	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
_____	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
_____	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
_____	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

- g) Avez-vous souffert de maladies ou subi des accidents ou des opérations au cours des 10 dernières années ou une opération est-elle prévue prochainement? oui non

Si oui, descriptif exact, date, nom et adresse du médecin traitant.

- h) Des facteurs de risque concernant l'état de santé existent-ils (fumée, alcool, etc.) oui non

Si oui, lesquels?

- i) Prenez-vous des médicaments depuis 5 ans ou prenez-vous actuellement des médicaments régulièrement? oui non

Si oui, lesquels? Raison?

- j) Taille _____ cm
- Poids _____ kg

9. Choix du plan de prévoyance

- Combinaison de plan selon l'offre**
(joindre impérativement une copie de l'offre correspondante)
- Combinaison libre des modules**
(joindre impérativement le document «Combinaison libre des modules».)

Remarques

(par ex. „selon proposition A“, „selon entretien tél. avec“): _____

10. Membre dans une association ou organisation professionnelle

Êtes-vous membre d'une association professionnelle affiliée à la PAT BVG? (Une condition préalable à l'admission chez PAT BVG.)
Dans laquelle?

Pour une liste des associations ou organisations professionnelles agréées, voir www.pat-bvg.ch.

11. Confirmation et signature

La personne soussignée confirme, qu'elle

- souhaite s'affilier à la PAT BVG aux conditions contractuelles précitées;
- a intégralement complété ce formulaire et de manière véridique;
- prend connaissance du fait qu'en cas de fausse déclaration, la PAT BVG est en droit de limiter les prestations réglementaires au minimum légal LPP obligatoire.

La PAT BVG peut, au besoin, transmettre les données à son médecin-conseil ou à son réassureur. Toutes les données sont traitées de manière strictement confidentielles.

Lieu et date

Signature

Personalvorsorgestiftung der Ärzte und Tierärzte PAT-BVG

Direction et prévoyance

PAT BVG
Frongartenstrasse 9
9001 St.Gallen

Tél. +41 71 556 34 00
Fax +41 71 556 34 67
info@pat-bvg.ch

Ressort immeubles

PAT BVG
Kapellenstrasse 5
3011 Bern

Tél. +41 31 330 22 62
pat-bvg.ch
immo@pat-immo.ch