

**Cette déclaration doit être envoyée avec le formulaire
d'entrée à la Caisse de Pension (art. 3 règlement)**

CONFIDENTIEL

Pensionkasse Alcan Schweiz, Zürich

via Service du personnel

Déclaration relative à l'affiliation à la Caisse de Pension

Mesdames, Messieurs,

Le _____ j'entre au service à une société affilié à la Caisse de Pension. Dans le cadre de mon affiliation à la Caisse de Pension je vous communique d'ores et déjà les renseignements suivants:

Prestation d'entrée: Transfert des prestations de sortie et de libre passage

- J'étais jusqu'ici assuré à la prévoyance professionnelle et je dispose de prestations de sortie s'élevant à env. Fr. _____ .
 - Une copie du décompte de ma/mes dernières institutions de prévoyance est jointe à cette déclaration.
- J'ai encore droit à des prestations de sortie supplémentaires en provenance de rapports de travail antérieurs.
 - Une copie de tous les certificats qui documentent mes prétentions est annexée.
- Je n'ai aucune prétention ni avoirs à faire valoir en provenance de rapports de travail antérieurs.
 - Je n'étais jusqu'à maintenant pas assuré auprès d'une institution de prévoyance en Suisse et ne dispose d'aucune prétention à des prestations de sortie ou de libre-passage.

Limitation/Réserves formulées par l'institution de prévoyance précédente

Les prestations assurées auprès de mon institution de prévoyance sont réduites ou soumises à des conditions spéciales en raison de:

- Conditions spéciales pour raisons de santé
- Retrait anticipé pour l'encouragement à la propriété du logement (EPL)
- Mise en gage au sens de l'encouragement à la propriété du logement (EPL)
- Répartition suite à un divorce
- Autres conditions spéciales: _____
- Il n'existe aucune réduction ou condition spéciale.

Prestation reçues d'assurances perte de gain

En raison de maladie ou d'accident, j'ai bénéficié des prestations suivantes (indemnités journalières pour maladie ou accident, rente d'invalidité, indemnités similaires):

du _____ au _____ Assurance _____
du _____ au _____ Assurance _____

Attestation de santé

- Je suis en bonne santé, apte au travail sans restriction, ne souffre d'aucune infirmité ni de maladie grave ou encore de toxicomanie (p.ex. alcool, drogues)
- J'autorise votre médecin à se renseigner auprès de mon médecin.
(Remarques et adresse du médecin de famille v/verso ou feuille annexe)

Nom, adresse et no. tel. du nouveau collaborateur:

Date: _____ / Signature: _____

Date: _____ Service du personnel / Timbre + Signature

svp. tourner