Caisse de pension Hirslanden
Boulevard Lilienthal 2
8152 Glattpark

HIRSLANDEN
PENSIONSKASSE

Annonce à la Caisse de pension

Nous vous prions de remplir le formulaire si :

- Si vous avez atteint plus de 18 ans ou vous allez avoir 18 ans durant l'année
- Si vous avez un contrat indéterminé ou un contrat de durée déterminée pour une durée de plus de 3 mois et
- Si votre salaire annuel est plus élevé que 15 360 CHF

A) Données personnelles

Nom et prénom: .....

Clinique: ..... Début de l'assurance: .....

B) Avoir de libre passage

Possédez-vous un avoir de libre passage ou de caisse de pension ? ☐ oui ☐ non

Souhaitez-vous que nous organisions le transfert à notre caisse de pension pour vous ? ☐ oui ☐ non
Si oui, veuillez nous communiquer le nom et l'adresse de l'institution de prévoyance auprès de laquelle se trouve votre avoir (sans ces indications, nous ne pouvons pas demander le transfert de votre avoir).

Nom et adresse de l'institution de prévoyance: .....

.....

.....

Si vous souhaitez effectuer vous-même le transfert, vous trouverez ici nos coordonnées bancaires : IBAN (n° de compte) : CH84 0070 0114 8040 9520 7 Zürcher Kantonalbank, 8010 Zürich, Pensionskasse Hirslanden, Boulevard Lilienthal 2 , 8152 Glattpark

Nous vous prions de bien vouloir verser la prestation de libre passage après la date d'entrée. La prestation de libre passage sera rémunérée à partir de la date d'entrée au plus tôt.

C) Propriété du logement

Votre droit à la prestation de prévoyance est-il mis en gage? ☐ oui ☐ non
(si oui, merci de joindre une copie du contrat de nantissement)

Avez-vous effectué un prélèvement au titre de l'encouragement à la propriété du logement qui ne serait pas encore entièrement rembourse ? ☐ oui ☐ non

Si oui : Date: ..... montant: ..... CHF

D) Déclaration de santé

Êtes-vous au début de l'assurance en entière capacité de travail? ☐ oui ☐ non

Touchez-vous une rente d'invalidité ou des indemnités journalières pour cause de maladie ou d'accident ? ☐ oui ☐ non

Si oui, joindre une copie de la décision. Degré d'invalidité: ..... %

Lieu, date

.....

Signature de la personne à assurer

.....

Ce formulaire est à adresser à la caisse de pension Hirslanden, pensionskasse@hirslanden.ch
Boulevard Lilienthal 2, 8152 Glattpark.
Pour de plus amples renseignements, veuillez nous contacter au no +41 44 388 85 62/ +41 44 388 85 63