



## DONNEES PERSONNELLES

Nom et prénom : ..... Dossier no : .....

Date de naissance : .....

Vous avez la possibilité de choisir le niveau de vos cotisations pour les risques invalidité et décès. Le choix de la variante de plan n'influence pas les prestations après la retraite.

La demande de modification du plan doit être annoncée à la Caisse à l'aide du présent formulaire **au plus tard le 30 septembre** pour l'année suivante. La modification du plan est soumise à acceptation écrite.

**En cas de questions, veuillez nous contacter au 021 348 24 08 ou à l'adresse [cppvf@retraitespopulaires.ch](mailto:cppvf@retraitespopulaires.ch)**

Les cotisations sont calculées en % du salaire assuré.

Âge	Niveau de cotisations des risques de l'assuré(e)			Cotisations risques de l'employeur
	Base	Plus	Maxi	
18 – 65 ans	1%	1.5%	2%	2%

## CHANGEMENT DE PLAN

Je demande à changer de plan de prévoyance :

- Plan **Base** (Rente d'invalidité de 40% du salaire assuré et rente de conjoint de 60% de la rente d'invalidité)
- Plan **Plus** (Rente d'invalidité de 50% du salaire assuré et rente de conjoint de 60% de la rente d'invalidité)
- Plan **Maxi** (Rente d'invalidité de 60% du salaire assuré et rente de conjoint de 60% de la rente d'invalidité)

## QUESTIONNAIRE DE SANTE

(Uniquement demandé pour l'adhésion à un plan couvrant des risques plus élevés)

- |  | oui                      | non                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Disposez-vous actuellement de votre pleine capacité de travail ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Avez-vous subi une incapacité de travail, partielle ou totale, supérieure à 3 semaines, pour cause de maladie ou d'accident, au cours des 12 derniers mois ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Souffrez-vous, à votre connaissance, bien qu'étant en pleine capacité de travail, d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou des suites d'un accident ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, laquelle/lesquelles ? : .....  |                          |                          |
| 4. Suivez-vous un traitement médical ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, lequel/lesquels ? : .....  |                          |                          |
| 5. Prenez-vous régulièrement des médicaments ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, pour quelle(s) affection(s) ? : .....  |                          |                          |
| 6. Recevez-vous des prestations de l'Assurance-Invalidité, l'Assurance Militaire, l'Assurance-accidents (LAA), la prévoyance professionnelle ou une assurance pour perte de gain ? Si oui, laquelle/lesquelles ? : ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Je confirme avoir répondu de manière complète et exacte aux questions susmentionnées. J'ai conscience que le fait d'avoir rempli de manière inexacte ou incomplète ce questionnaire peut avoir pour conséquence la réduction des prestations à concurrence du plan de base.

.....  
Lieu et date

.....  
Signature de la personne assurée