

Questionnaire relatif à un rachat (apport privé)

Les rachats sont soumis à des conditions fixées par la législation fédérale et par notre règlement d'assurance. Afin de pouvoir répondre à votre demande, la Caisse a besoin des renseignements contenus dans ce questionnaire. Nous vous remercions de bien vouloir le remplir et faire parvenir un exemplaire **signé et original**, avec une copie de votre pièce d'identité à : prevoyance.ne, Rue du Pont 23, 2300 La Chaux-de-Fonds.

1 Données personnelles de l'assuré-e

N° d'assuré-e : (facultatif, figure sur la fiche d'assurance)

N° AVS/NSS : (facultatif, figure sur la fiche d'assurance)

Nom : Prénom :

Rue et n° :

NPA et lieu :

N° de téléphone : Adresse e-mail :

Sexe : homme femme Nationalité :

Date de naissance :

Etat civil : Date du mariage/partenariat :

Nom du conjoint : Prénom du conjoint :

Date de naissance du conjoint :

Etes-vous ou serez-vous prochainement au bénéfice d'un congé non-payé ? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer la période :

Recevez-vous actuellement des prestations d'une assurance sociale (AVS, AI, LPP, etc.) ?
Oui Non

Si oui, veuillez indiquer laquelle et le % de rente :

Avez-vous vécu des périodes de maladie :

- de plus de 30 jours cumulés au cours des 2 années précédentes ? Oui Non

- de plus de 30 jours consécutifs au cours des 2 années précédentes ? Oui Non

Si oui :

- veuillez indiquer les périodes :

- acceptez-vous de rencontrer le médecin-conseil de prevoyance.ne ? Oui Non

- acceptez-vous que votre médecin transmette des informations à notre médecin-conseil ?
Oui Non

- indiquez le nom et les coordonnées de votre médecin traitant :
.....

En vertu de l'article 8, alinéa 2 de notre Règlement d'assurance (RAss), la Caisse peut exiger que la personne assurée se soumette à un examen médical, aux frais de la Caisse et, cas échéant, faire des réserves médicales pour raisons de santé avec les risques décès et invalidité. La durée de la validité de la réserve ne peut excéder 5 ans.

2 Informations au sujet de l'emploi actuel

Nom de l'employeur actuel :

Rue et n° :

NPA et lieu :

Avez-vous d'autres employeurs ? Oui Non

Si oui, précisez la/les autre-s caisse-s de pensions qui vous assure-nt et le-s autre-s taux d'activité-s :

.....

En cas **d'activité indépendante** avant l'emploi actuel, veuillez préciser ci-dessous les montants de vos avoirs **3^{ème} pilier** (prévoyance individuelle liée – pilier 3a), l'établissement auprès duquel ils sont déposés, ainsi que la date valeur des montants indiqués :

Montant : Date valeur :

Auprès de :

Montant : Date valeur :

Auprès de :

Directement avant cet emploi, aviez-vous une activité à l'étranger ? Oui Non

Si oui, étiez-vous assuré auprès d'une caisse de pensions suisse ? Oui Non

Si oui, précisez l'/les autre/s caisse/s de pensions qui vous assurait/ent et le taux de l'/des autre/s activité/s :

.....

.....

3 Informations concernant le rachat

Vous certifiez que tous vos avoirs de prévoyance ont été transférés à prévoyance.ne ?
Oui Non

Si non, nous vous remercions de nous indiquer le détail des autres avoirs de prévoyance :

Montant : Auprès de :

Montant : Auprès de :

Conformément à l'article 4 de la Loi sur le libre passage (LFLP), vous avez l'obligation de transférer **TOUS** vos avoirs de prévoyance (comptes bloqués, police 2^{ème} pilier, etc.) auprès de notre Caisse de pensions.



Avez-vous déjà utilisé ou mis en gage une partie de vos avoirs 2^{ème} pilier dans le cadre de l'encouragement à la propriété du logement ? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer s'il s'agissait d'un-e ou plusieurs :

versement-s	mise-s en gage
Montant-s :	Montant-s :
Date-s :	Date-s :

Une partie des montants ci-dessus a déjà été remboursée, de la manière suivante :

Montant : Date :
Montant : Date :

Le rachat n'est possible qu'après remboursement intégral du versement anticipé.

4 Modalités concernant le rachat

Quel type de rachat souhaitez-vous effectuer ?

au comptant	par acomptes*
Montant à investir :	Mensualité souhaitée :
Date du versement :	A partir du mois de :

*la décision d'un rachat par acomptes doit être prise dans **l'année suivant l'affiliation**.

5 Signature

Par votre signature, vous attestez que toutes les données figurant ci-avant sont exactes.

Lieu : Date :

Signature de l'assuré-e :

Annexe-s : - copie de votre pièce d'identité ;
 -

Dès réception de ce questionnaire, nous vérifierons que toutes les conditions nécessaires sont remplies pour procéder à un rachat (apport privé).

