

# INSCRIPTION À L'ASSURANCE CONTINUÉE

Ce formulaire devra être remis 3 mois au plus tard après le départ à la caisse de pension pour une adhésion à l'assurance facultative.

## INFORMATIONS SUR LA PERSONNE ASSURÉE

Nom / prénom		Numéro personnel.:	
Adresse privée			
Coordonnées en cas de questions	Tel.	E-Mail:	

## INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE CONTINUÉE

Début de l'assurance continuée	Date: _____
Prestations	<input type="checkbox"/> L'assurance risques de décès et d'invalidité (obligatoire). Les cotisations pour l'assurance risques de l'employé et de l'employeur sont à la charge de la personne assurée.  <input type="checkbox"/> Épargne vieillesse (facultative). Les cotisations pour l'épargne de l'employé et de l'employeur sont à la charge de la personne assurée.
Choix du plan de prévoyance	<input type="checkbox"/> Plan de prévoyance 1.0 "Standard" <input type="checkbox"/> Plan de prévoyance 1.1 "Plus" (sans indication de la préférence du plan, le plan actuel sera appliqué)
Remarques importantes	<p>Si la personne assurée ne verse pas ses cotisations, l'assurance continuée est résiliée après l'unique rappel de la caisse de pension Hirslanden avec un échéance de paiement de 30 jours.</p> <p>Selon l'art. 11 du règlement, la personne assurée est toujours tenue de communiquer spontanément à la caisse de pension tous les faits essentiels pour la mise à jour des dossiers d'assurance, tels que les changements d'adresse de domicile et d'état civil.</p>

## SIGNATURE

Personne assurée

Date / Signature .....

Merci d'envoyer cette déclaration signée à la Caisse de pension Hirslanden par courrier ou mail:

Caisse de Pension Hirslanden  
Boulevard Lilienthal 2  
8152 Glattpark

[pensionskasse@hirslanden.ch](mailto:pensionskasse@hirslanden.ch)