



Annonce

Contrat n°..... /

Employeur Nom et localité*

1*	2*	3*	4*	5*	6*	7*	8	9	10*	11	
Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe	Nationalité	Pays d'activité	Salaire annuel en CHF	Début de l'assurance Entrée en vigueur du contrat de travail	État civil	Autre langue pour certificat personnel	Entièrement capable de travailler	Indications supplémentaires (catégorie, taux d'occupation pour les personnes employées à temps partiel, obligations d'entretien, etc.)
		Jour Mois Année	masculin féminin				Mois Année			Oui No	
			<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin				A..... C.....			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin				A..... C.....			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin				A..... C.....			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin				A..... C.....			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No	

Remarques

<p>Couverture du risque Nous sommes conscients du fait que l'octroi de la couverture d'assurance dépend de l'exactitude de la déclaration ci-contre et que la Fondation Rofenberg peut se départir du contrat d'assurance dans le cas où des informations erronées auraient été fournies. Pour de plus amples informations sur la couverture du risque, voir Indications relatives à l'annonce.</p>	<p>Capacité de travail Pour les personnes ne jouissant pas de leur entière capacité de travail (cf. colonne 10), nous remettons le formulaire «Complément à l'annonce» (pour la définition de la capacité de travail, voir Indications relatives à l'annonce). Nous confirmons que les personnes désignées par une croix dans «Oui» jouissent de leur pleine capacité de travail au début de l'assurance.</p>	<p>Colonne 4 et 5 Veuillez saisir le code pays</p>	<p>Colonne 7 A = Début de l'assurance (à ne remplir que si différent de l'entrée en vigueur du contrat de travail) C = Entrée en vigueur du contrat de travail</p>	<p>Colonne 8 État civil: 1 = célibataire 2 = marié(e) 3 = veuf/veuve 4 = divorcé(e)</p>	<p>Colonne 9 Autre langue pour certificat personnel 1 = allemand 3 = italien 4 = anglais</p>
--	---	---	---	--	---

Personne effectuant l'annonce pour le compte de l'employeur

Date: _____ Nom: _____ Prénom: _____

Adresse e-mail: _____

*À remplir obligatoirement

L572.002-04.22 Rofenberg

Indications relatives à l'annonce

Capacité de travail

Est considérée comme ne jouissant pas de son entière capacité de travail la personne qui, au début de l'assurance,

- n'est pas entièrement capable de travailler pour des raisons de santé,
- touche des indemnités journalières en raison d'une maladie ou d'un accident,
- a été annoncée à une assurance-invalidité d'État,
- touche une rente en raison d'une invalidité totale ou partielle,
- ne peut plus, pour des raisons de santé, exercer à temps complet une activité correspondant à sa formation et à ses capacités.

Toutes les autres personnes sont considérées comme jouissant de leur entière capacité de travail.

Formulaire «Complément à l'annonce»

Le formulaire «[Complément à l'annonce](#)» doit nous être remis pour toutes les personnes qui ne jouissent pas de leur entière capacité de travail au sens de la définition ci-dessus.

Ce formulaire doit en outre nous être remis pour les personnes dont les prestations assurées – dès le début ou en raison d'une modification de leur assurance – dépassent certaines limites. Nous vous indiquons quelles sont les personnes auxquelles cette règle est applicable. Au besoin, l'admission peut être subordonnée à l'avis d'un médecin ou au résultat d'un examen médical dont nous prenons en charge les frais.

Couverture du risque

La couverture est **définitive et sans réserves** pour les personnes pour lesquelles un «Complément à l'annonce» n'est pas nécessaire.

Pour les autres personnes, la couverture est d'abord provisoire. Nous vous communiquons par écrit si la couverture du risque peut être accordée normalement ou avec une réserve (restriction). Cette communication rend la couverture définitive.

Formulaire CRS-I «Autocertification de la résidence fiscale d'une personne physique»

«Rofenberg» Fondation de prévoyance en faveur du personnel est soumise à l'échange automatique de renseignements (EAR). Toutes les personnes assurées, y c. l'état de leur avoir de vieillesse ainsi que le versement en cas de prestation, seront annoncées à l'administration fiscale de la Principauté de Liechtenstein.

Toute personne assurée est tenue de remettre à AXA Vie SA le formulaire CRS-I en cas d'annonce et de sortie. Tout changement ultérieur concernant un nouveau détachement/pays de résidence et donc une nouvelle résidence fiscale doit être signalé à AXA Vie SA dans les meilleurs délais au moyen du formulaire CRS-I.



CRS - I /

N° de contrat _____

FORMULAIRE d'autocertification de la résidence fiscale d'une personne physique (veuillez compléter les parties 1 à 3)

Veuillez lire les instructions à partir de la page 3 avant de compléter ce formulaire.

Partie 1: identification du titulaire du compte

A. Nom du titulaire du compte (personne assurée / ayant droit):

Nom de famille: _____

Prénom(s): _____

B. Adresse de résidence actuelle

Rue, numéro: _____

Pays: _____

NPA / localité: _____

C. Adresse postale (à compléter uniquement si cette adresse diffère de celle mentionnée au point B)

Rue, numéro: _____

Pays: _____

NPA / localité: _____

D. Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____

E. Lieu de naissance

Lieu _____

Pays _____

Nationalité _____

Partie 2: pays de résidence fiscale

Veuillez compléter le tableau ci-dessous et indiquer les pays dans lesquels le titulaire du compte possède une résidence fiscale ainsi que le numéro d'identification fiscale (NIF) ou un numéro équivalent pour chaque pays indiqué.

	Pays de résidence fiscale	Numéro d'identification fiscale (NIF)	Si aucun NIF n'est disponible, indiquez-en le motif (A, B ou C*)
1			
2			
3			



*Si aucun NIF n'est disponible, veuillez indiquer si cela tient au motif A, B ou C ci-après:

Motif A: le pays dans lequel le titulaire du compte est tenu de payer ses impôts ne délivre pas de NIF à ses habitants.

Motif B: pour une autre raison que celle indiquée sous A, le titulaire du compte est dans l'impossibilité d'obtenir un NIF ou un numéro équivalent (si vous avez opté pour la raison B, veuillez expliquer dans le tableau ci-dessous pourquoi vous n'êtes pas en mesure d'obtenir un NIF).

Motif C: aucun NIF n'est requis. (Remarque: veuillez uniquement sélectionner ce motif si les autorités du pays de résidence fiscale mentionnées ci-dessus n'obligent pas la communication d'un NIF.)

Si vous avez sélectionné le **motif B**, veuillez expliquer dans les cases ci-dessous pourquoi vous n'êtes pas en mesure d'obtenir un NIF.

1	
2	
3	

Partie 3: déclarations et signatures

Je déclare que ces informations sont à ma connaissance correctes et complètes.

Je m'engage à informer **AXA Vie SA** dans un délai de **30** jours de tout changement de circonstances qui pourrait affecter le statut de résidence fiscale de la personne physique renseignée à la partie 1 du présent formulaire ou qui pourrait rendre erronées les informations contenues dans le présent formulaire. Je m'engage également à fournir à **AXA Vie SA** une autocertification et une déclaration dûment mises à jour dans un délai de **30** jours à dater d'un tel changement de circonstances.

Signature:

Nom en lettres capitales:

Date:

Remarque: si vous n'êtes pas le titulaire du compte, veuillez indiquer en quelle qualité vous signez le présent formulaire. Si vous avez signé par procuration, veuillez joindre une copie certifiée conforme de la procuration.

En qualité de:



INSTRUCTIONS

Parties 1 et 2

En vertu de la **réglementation basée sur le Common Reporting Standard (CRS) de l'OCDE et de la législation liechtensteinoise (loi sur l'échange international automatique de renseignements en matière fiscale)**, «Rofenberg» Fondation de prévoyance en faveur du personnel est tenue de recueillir et de transmettre certaines informations sur la résidence fiscale du titulaire du compte, et subvient à ces obligations par l'intermédiaire d'AXA Vie SA en sa qualité de société fondatrice. Chaque État définit la résidence fiscale selon ses propres règles. D'une manière générale, la résidence fiscale correspond au pays dans lequel vous vivez. En raison de circonstances particulières (p. ex. un séjour à l'étranger dans le cadre des études ou du travail, un voyage de longue durée), vous pouvez être appelé à résider ailleurs ou à résider dans plusieurs pays à la fois (double résidence). En règle générale, votre/vos pays de résidence fiscale correspond(ent) au(x) pays dans le(s)quel(s) vous payez vos impôts sur le revenu. Pour plus d'informations sur la résidence fiscale, veuillez vous adresser à votre conseiller fiscal ou lire les informations disponibles sous le lien suivant: [site Internet EAR de l'OCDE](#).

Si votre résidence fiscale (ou celle du titulaire du compte au cas où vous compléteriez le formulaire en son nom) se trouve **en dehors de la Principauté de Liechtenstein**, nous pouvons être tenus de par la loi de transmettre les informations contenues dans ce formulaire ou d'autres informations relatives à votre situation financière à **l'administration fiscale de la Principauté de Liechtenstein**.

Vous trouverez en annexe une définition de la notion de titulaire du compte ainsi que d'autres termes.

Le présent formulaire reste valable aussi longtemps qu'aucun changement de circonstances n'affecte le statut fiscal du titulaire du compte ou les renseignements fournis dans les champs obligatoires de ce formulaire. Vous devez nous informer de tout changement de circonstances qui rendrait le présent formulaire incorrect ou incomplet et nous fournir une autocertification mise à jour.

Le présent formulaire vise à recueillir des informations uniquement lorsque la législation locale l'y autorise.

Si vous êtes une personne US au sens de la réglementation de l'Internal Revenue Service (IRS) des États-Unis, il se peut que vous deviez également remplir un formulaire IRS W-9.

Si vous remplissez ce formulaire au nom de quelqu'un d'autre, veuillez nous indiquer en quelle qualité vous signez à la partie 3. Vous pouvez par exemple être le dépositaire ou le représentant d'un compte au nom du titulaire du compte ou compléter le formulaire par procuration.

En tant qu'institution financière, nous ne sommes pas autorisés à fournir des conseils de nature fiscale.

Si vous avez des questions à propos de ce formulaire ou des instructions qu'il contient ou si vous avez des doutes au sujet de votre résidence fiscale, veuillez vous adresser à votre conseiller fiscal ou aux autorités fiscales de votre pays.

Vous trouverez aussi plus de renseignements, notamment une liste des États qui ont signé des accords d'échange automatique d'informations, ainsi que des précisions sur les informations requises sur la [page Internet de l'OCDE sur l'échange automatique de renseignements](#).

Partie 3

Je reconnais que les informations contenues dans le présent formulaire et les informations relatives au titulaire du compte et à tout compte devant faire l'objet d'une déclaration peuvent être transmises aux autorités fiscales du pays dans lequel ce ou ces comptes sont tenus et être échangées avec les autorités fiscales compétentes d'un ou des pays dans lesquels le titulaire du compte peut être résident fiscal et qui ont signé des accords d'échange d'informations financières.

Par ma signature, je certifie être le titulaire du ou des comptes (ou avoir l'autorisation de signer au nom du titulaire du compte) pour lequel le présent formulaire est complété.



Annexe: définitions

Remarque: nous vous fournissons ici un certain nombre de définitions afin de vous aider à remplir le présent formulaire. Vous trouverez davantage d'informations sur le Common Reporting Standard (CRS) de l'OCDE en vue de l'échange automatique d'informations financières, les commentaires relatifs au CRS et un guide par pays en cliquant sur le lien suivant: [OCDE](#).

Si vous avez des questions, veuillez vous adresser à votre conseiller fiscal ou aux autorités fiscales de votre pays.

«Titulaire du compte» («Account Holder»)

Par «titulaire du compte», on entend la personne assurée par son employeur auprès de «Rofenberg» Fondation de prévoyance en faveur du personnel. Le titulaire du compte est également appelé personne assurée. Un compte de prévoyance vieillesse / compte de libre passage individuel est tenu pour cette personne, en tant que compte soumis à communication. En cas de versement de prestations, toute personne ayant droit est considérée comme titulaire du compte.

«Compte financier» («Financial Account»)

Un compte financier est un compte tenu par une institution financière. Il s'agit notamment des comptes suivants: comptes de titres, comptes de dépôt, actions et intérêts détenus dans certaines entités d'investissement, contrats d'assurance avec valeur de rachat et contrats de rentes.

«Juridiction participante» («Participating Jurisdiction»)

Une juridiction participante est un État avec lequel a été passé un accord en vertu duquel il fournira les informations requises aux termes de l'échange automatique d'informations financières prévu par le Common Reporting Standard.

«Compte soumis à déclaration» («Reportable Account»)

Par compte soumis à déclaration, on entend un compte appartenant à une ou à plusieurs personnes devant faire l'objet d'une déclaration ou à une ENF passive pour laquelle il existe une ou plusieurs personnes contrôlantes ayant le statut de personnes soumises à déclaration.

«Juridiction soumise à déclaration» («Reportable Jurisdiction»)

Il s'agit d'un État qui est tenu de fournir des informations financières.

«Personne devant faire l'objet d'une déclaration» («Reportable Person»)

Il s'agit d'une personne possédant sa résidence fiscale dans une juridiction soumise à déclaration en vertu des lois fiscales de cette juridiction. Les personnes ayant le statut de double résident peuvent se référer aux règles d'arbitrage contenues dans les conventions fiscales (si applicables) en vue de déterminer leur résidence fiscale.

«NIF» (y compris l'«équivalent fonctionnel»)

Il s'agit du Numéro d'Identification Fiscale ou, en son absence, d'un équivalent fonctionnel. Le NIF est une combinaison unique de lettres et de chiffres attribuée par un État à une personne physique ou à une entité juridique et utilisée pour identifier cette personne physique ou cette entité juridique dans le cadre de l'application des lois fiscales de ce pays. Vous trouverez de plus amples informations sur le NIF sous le lien suivant: [site Internet de l'OCDE](#).

Certains États ne délivrent pas de NIF. Toutefois, ils utilisent souvent un autre numéro garantissant la sécurité des données et offrant un niveau d'identification équivalent («équivalent fonctionnel»). Les exemples de ce type de numéro sont notamment, pour une personne physique, un numéro de sécurité sociale/d'assurance, un code de service ou un numéro d'identification personnelle ou encore un numéro d'enregistrement de résident.

Complément à l'annonce

Contrat n° /

Employeur Nom et localité

Personne assurée

Nom

Prénom

Nationalité

Rue, NPA et localité, pays

Date de naissance

Sexe

Activité actuelle

Pays d'activité

m f

Joignable

Adresse e-mail privée

N° de téléphone

Taille (cm)

Poids (kg)

Questions relatives à l'état de santé

Celles-ci se réfèrent aux **5 dernières années** précédant le début de l'assurance ou le moment de l'augmentation des prestations. En cas de réponse positive, merci de fournir les précisions demandées.

Détail 1. Présentiez-vous une incapacité de travail partielle ou totale au début de l'assurance ou, en cas de transformation du contrat, au moment de l'augmentation des prestations? Oui Non

Disposez-vous d'une décision de l'AI?

Oui Non

Si oui, veuillez la joindre. Sinon, veuillez joindre le cas échéant des décomptes de l'assurance-accidents ou de l'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie.

2. Souffrez-vous de troubles de la santé, d'affections ou des suites d'un accident ou d'une maladie? Oui Non

Lesquels

Depuis quand

guéri non guéri

1* 2*

Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)

3. Souffrez-vous d'un ou plusieurs troubles ou affections suivants: arthrose, asthme, affection des yeux, bronchite, hypertension, cholestérol, troubles cardiaques, cancer, paralysie, sclérose en plaques, baisse de la vue ou de l'audition **non** corrigée, troubles psychiques, rhumatismes, dérèglement glandulaire ou thyroïdien, apoplexie, affections de la colonne vertébrale, diabète ou d'autres maladies, symptômes ou troubles non mentionnés ci-dessus? Oui Non

Lesquels

De quand à quand

guéri non guéri

1* 2*

Médecins traitants/Hôpitaux (nom et adresse)

Lesquels

De quand à quand

guéri non guéri

1* 2*

Médecins traitants/Hôpitaux (nom et adresse)

Lesquels

De quand à quand

guéri non guéri

1* 2*

Médecins traitants/Hôpitaux (nom et adresse)

* 1 = guéri(e)/tout est en ordre/traitement terminé

* 2 = pas guéri(e)/encore en traitement/sous surveillance

4. Avez-vous dû interrompre votre activité, même partiellement, durant plus de 2 semaines en raison d'une maladie ou d'un accident?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Motif	De quand à quand	guéri	non guéri
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)			
.....			
Motif	De quand à quand	guéri	non guéri
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)			
.....			
5. Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement médical, chiropratique ou psychologique de plus de 4 semaines, êtes-vous ou avez-vous été sous surveillance pendant plus de 4 semaines ou avez-vous besoin de prendre, prenez-vous ou avez-vous pris régulièrement des médicaments, des antidouleurs, des somnifères, des tranquillisants ou des drogues?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pourquoi êtes-vous ou avez-vous été en traitement/sous surveillance?	De quand à quand	guéri	non guéri
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)			
.....			
Médicaments, etc.	De quand à quand	Doses par semaine	
.....		
Pourquoi êtes-vous ou avez-vous été en traitement/sous surveillance?	De quand à quand	guéri	non guéri
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)			
.....			
Médicaments, etc.	De quand à quand	Doses par semaine	
.....		
6. Avez-vous subi des examens, p. ex. contrôles, radiographies, électrocardiogramme, test VIH, etc., dont le résultat a révélé une anomalie (ne pas indiquer les examens génétiques)?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Lesquels	Quand	guéri	non guéri
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)			
.....			
Lesquels	Quand	guéri	non guéri
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)			
.....			
7. Avez-vous subi ou prévoyez-vous de subir une opération (ambulatoire ou stationnaire) ou une intervention vous a-t-elle été recommandée?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Laquelle	Quand	guéri	non guéri
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)			
.....			
Laquelle	Quand	guéri	non guéri
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)			
.....			
8. Quel est le médecin (ou chiropracteur, psychothérapeute) le mieux informé de votre suivi médical?			
Nom	Prénom	NPA, localité	
.....		

* 1 = guéri(e)/tout est en ordre/traitement terminé
* 2 = pas guéri(e)/encore en traitement/sous surveillance

Indications supplémentaires Etiez-vous assuré(e), chez votre dernier employeur, dans le cadre d'une institution de prévoyance professionnelle? Oui Non

en cas de changement d'emploi Si oui, veuillez fournir les indications suivantes:

Entreprise ou institution de prévoyance

Rue, NPA et localité

Existe-t-il une réserve pour raisons de santé de votre dernière caisse de pension? Oui Non
(si oui, merci d'en joindre une copie)

Remarques

Déclaration J'autorise les médecins, psychothérapeutes, physiothérapeutes, chiropracteurs, hôpitaux, assureurs-accidents et d'une indemnité journalière en cas de maladie ainsi que mon ancienne institution de prévoyance à transmettre, dans le cadre de la présente assurance, des renseignements sur mon état de santé et/ou sur mon ancienne couverture d'assurance au service médical d'AXA Vie SA.

Je prends acte de ce que la couverture du risque dépend de l'exactitude des réponses données ci-dessus. Si des informations erronées lui sont communiquées, AXA Vie SA peut, conformément aux dispositions légales, se départir de l'assurance.

Assujettissement à l'impôt La personne assurée confirme par la présente être seule responsable des annonces fiscales aux autorités fiscales correspondantes ainsi que du paiement de toutes les obligations fiscales résultant du versement de prestations.

Signature Date

Signature

A retourner à AXA Vie SA
Case postale 300
8401 Winterthur