

## Demande d'affiliation pour indépendant

### Données personnelles privées Adresse de correspondance

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe  F  H  
 Rue, no \_\_\_\_\_ NPA, lieu \_\_\_\_\_  
 No AVS 756. \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_  
 Etat civil  célibataire  mariée(e)  lié(e) par partenariat enregistré  divorcé(e)  veuf/veuve  
 Date de mariage \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date de naissance du conjoint \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

### Données professionnelles Adresse de correspondance

Rue, no \_\_\_\_\_ NPA, lieu \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

### Indication concernant l'assurance

Affiliation avec le personnel du cabinet  oui  non  
*Si oui veuillez joindre, pour chaque employé, le formulaire d'affiliation pour salarié*

Avez-vous effectué un retrait dans le cadre de l'accession à la propriété  oui  non  
*Si oui, le montant CHF \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_*

Plan choisi \_\_\_\_\_

Début d'affiliation (*seulement possible pour le début d'un mois*) \_\_\_\_\_

Salaire annuel annoncé CHF \_\_\_\_\_

Offre du \_\_\_\_\_

Timbre et signature du conseiller \_\_\_\_\_

### Documents à joindre

- Admission à l'Association Romande de Médecins (AROMED)
- Formulaire de déclaration de santé
- Offre signée
- Mandat de courtage

**Conditions d'affiliation**

1. L'employeur s'affilie par la présente à la Fondation de prévoyance professionnelle en faveur de AROMED.
2. La nature, l'étendue et le financement des prestations à assurer sont définis dans le(s) règlement(s) de prévoyance. Ce(s) dernier(s) fait partie intégrante du présent contrat, de même que le contrat d'assurance-vie collective conclu par la Fondation (art. 1 al. 2 du règlement).
3. Si une prime n'est pas versée dans les délais, la demeure selon les conditions générales pour les assurances-vie collectives (CGA) déploie ses effets.
4. Le présent contrat est valable jusqu'à la fin de la troisième année civile entière suivant la date d'entrée en vigueur (début de l'assurance).
5. Sauf préavis de résiliation donné six mois au moins avant son expiration, le contrat se renouvelle d'année en année avec le même délai de résiliation.
6. En cas d'inexécution des obligations fixées ci-dessus, la Fondation peut en tout temps résilier le contrat avec effet immédiat.

**Affiliation avec personnel**

7. La résiliation du contrat est communiquée par la Fondation à l'autorité de surveillance compétente.
8. L'employeur s'engage à annoncer à la Fondation tous les salariés à assurer et à lui transmettre tous les renseignements et documents nécessaires à l'application de l'assurance.
9. L'employeur s'engage à verser les cotisations (primes) prévues par le règlement de prévoyance.
10. L'établissement de comptes de cotisations réglementaires avec le personnel assuré est du ressort de l'employeur.

Lieu et date

Nom, prénom et signature du médecin

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lieu et date

Fondation de prévoyance professionnelle en faveur de AROMED  
(pour acceptation)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_