

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)

