

Antrag auf Mitgliedschaft für Selbstständige

Persönliche Daten **Kontaktadresse**

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Geschlecht W M
Straße Nr. _____ PLZ Ort _____
AVS-Nr. 756. _____ Fachgebiet _____
Zivilstand ledig verheiratet gesetzlich zusammenlebend geschieden Witwe(r)
Heiratsdatum ____/____/____ Geburtsdatum des Ehepartners ____/____/____
Telefon _____ E-Mail _____

Berufliche Daten **Kontaktadresse**

Straße Nr. _____ c/o _____
PLZ Ort _____ Telefon _____
E-Mail _____ Fachgebiet _____

Ist Ihr medizinischer Beruf vom Bundesamt für Gesundheit anerkannt? ja nein

Seit wann sind Sie selbstständig? ____/____/____

Beschäftigen Sie Personal? ja nein

Wenn ja, bei welcher Vorsorgeeinrichtung ist Ihr Personal versichert?



Angaben zur Versicherung

Beginn der Mitgliedschaft (immer am Beginn eines Monats) _____/_____/_____

Erwartetes Jahresgehalt CHF _____

Beschäftigungsgrad _____ %

Vorsorgeplan (geben Sie die Angebotsnummer oder die Nomenklatur des Plans an)

Periodizität der Beitragsrechnungen monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Möchten Sie Ihr Personal bei der AROMED Stiftung versichern? ja nein

Wenn ja, legen Sie bitte für jeden Mitarbeiter/jede Mitarbeiterin das Beitrittsformular für Arbeitnehmer bei.

Verfügen Sie über eine Freizügigkeitsleistung bei einer anderen Vorsorgeeinrichtung? ja nein

Name und Adresse der vorherigen Vorsorgeeinrichtung :

Haben Sie einen Bezug im Zusammenhang mit dem Erwerb von Wohneigentum getätigt? ja nein

Wenn ja, den Betrag von CHF _____ Daum _____/_____/_____

Name des Beraters _____

Stempel und Unterschrift des Beraters _____

Beizulegende Dokumente

- Aufnahmebescheinigung der Association Romande de Médecins (AROMED)
- Formular für die Gesundheitserklärung
- Formular für die Wahl des Plans
- Unterschriebenes Angebot
- Maklermandat



Aufnahmebedingungen

1. Der Arbeitgeber schließt sich hiermit der Stiftung für Betriebsrente AROMED an.
2. Art, Umfang und Finanzierung der zu versichernden Leistungen sind in den Vorsorgebestimmungen festgelegt. Diese bilden zusammen mit dem von der Stiftung abgeschlossenen Kollektivlebensversicherungsvertrag (Art. 1 Abs. 2 der Vorsorgebestimmungen) einen integralen Bestandteil des vorliegenden Vertrags.
3. Wird eine Prämie nicht fristgerecht bezahlt, tritt der Verzug gemäß den Allgemeinen Bedingungen für Kollektivlebensversicherungen (AVB) ein.
4. Dieser Vertrag ist gültig bis zum Ende des dritten vollen Kalenderjahres nach dem Datum des Inkrafttretens (Versicherungsbeginn).
5. Sofern der Vertrag nicht mindestens sechs Monate vor Ablauf gekündigt wird, erneuert er sich jeweils um ein Jahr mit der gleichen Kündigungsfrist.
6. Im Falle der Nichterfüllung der oben festgelegten Verpflichtungen kann die Stiftung den Vertrag jederzeit mit sofortiger Wirkung kündigen.

Mitgliedschaft mit Personal

7. Die Vertragskündigung wird von der Stiftung der zuständigen Aufsichtsbehörde mitgeteilt.
8. Der Arbeitgeber verpflichtet sich, der Stiftung alle zu versichernden Arbeitnehmer zu melden und ihr alle Auskünfte und Unterlagen zu übermitteln, die für die Versicherung erforderlich sind.
9. Der Arbeitgeber verpflichtet sich, die in den Vorsorgebestimmungen vorgesehenen Beiträge (Prämien) zu entrichten.
10. Die Erstellung von reglementarischen Beitragskonten mit dem versicherten Personal ist Sache des Arbeitgebers.

Ort und Datum

Name, Vorname und Unterschrift des Arztes

Ort und Datum

Fondation de prévoyance professionnelle en faveur de AROMED
(zur Einwilligung)

