

Demande d'affiliation pour indépendant

Données personnelles privées	Adresse de correspondance <input type="checkbox"/>
------------------------------	--

Nom	_____	Prénom	_____
Date de naissance	____/____/____	Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H
Rue, no	_____	NPA, lieu	_____
No AVS	756. _____		
Etat civil	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> mariée(e) <input type="checkbox"/> lié(e) par partenariat enregistré <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf/veuve		
Date de mariage	____/____/____	Date de naissance du conjoint	____/____/____
Téléphone	_____	Courriel	_____

Données professionnelles	Adresse de correspondance <input type="checkbox"/>
--------------------------	--

Rue, no	_____	c/o	_____
NPA, lieu	_____	Téléphone	_____
Courriel	_____	Spécialité	_____

Votre profession médicale est-elle reconnue par l'Office fédéral de la santé publique ? oui non

Depuis quand êtes-vous indépendant(e) ? _____/____/____

Employez-vous du personnel ? oui non

Si oui, auprès de quelle institution de prévoyance votre personnel est-il affilié ?



Indication concernant l'assurance

Début d'affiliation (*seulement possible pour le début d'un mois*) _____/_____/_____
Salaire annuel annoncé CHF _____
Taux d'occupation _____ %
Plan de prévoyance (indiquer le n° d'offre ou la nomenclature du plan) _____
Périodicité de la facturation des cotisations mensuel trimestriel semestriel annuel
Souhaitez-vous affilier votre personnel auprès de la Fondation AROMED ? oui non
Si oui veuillez joindre, pour chaque employé(e), le formulaire d'affiliation pour salarié
Disposez-vous d'une prestation de libre passage auprès d'une autre institution de prévoyance ? oui non
Nom et adresse de l'institution de prévoyance précédente :

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

Nom du conseiller _____

Timbre et signature du conseiller _____

Documents à joindre

- Admission à l'Association Romande de Médecins (AROMED)
- Formulaire de déclaration de santé
- Formulaire pour le choix du plan
- 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)

