

## Antrag auf Mitgliedschaft für eine juristische Person (AG/GmbH)

### Angaben zur juristischen Person

Name des Unternehmens \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Name und Vorname der verantwortlichen Person \_\_\_\_\_

### Berufliche Daten

### Kontaktadresse

Straße Nr. \_\_\_\_\_ PLZ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Angaben zur Versicherung

Beschäftigen Sie Personal?  ja  nein

Wenn ja, bei welcher Vorsorgeeinrichtung ist Ihr Personal versichert?

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.*

Beginn der Mitgliedschaft (immer am Beginn eines Monats) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Periodizität der Beitragsrechnungen  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

Name des Beraters \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Beraters \_\_\_\_\_

### Documents à joindre

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



**Aufnahmebedingungen**

1. Der Arbeitgeber schließt sich hiermit der Fondation de prévoyance professionnelle en faveur de 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.
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

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort und Datum

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

