

Demande d'affiliation pour personne morale (SA/Sàrl)

Données de la personne morale

Nom de la raison sociale _____

Adresse _____

Téléphone _____ Courriel _____

Nom et prénom de la personne responsable _____

Données professionnelles

Adresse de correspondance

Rue, no _____ NPA, lieu _____

Téléphone _____ Courriel _____

Indication concernant l'assurance

Employez-vous du personnel ? oui non

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

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

Début d'affiliation (*seulement possible pour le début d'un mois*) ____/____/____

Plan de prévoyance (indiquer le no d'offre ou la nomenclature du plan) _____

Périodicité de la facturation des cotisations mensuel trimestriel semestriel annuel

Nom du conseiller _____

Timbre et signature du conseiller _____

Documents à joindre

- Admission à l'Association Romande de Médecins (AROMED)
- Formulaire de demande d'affiliation pour chaque salarié
- Formulaire pour le choix du plan
- Offre signée (si disponible)
- 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.
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

Timbre et signature de l'employeur

Lieu et date

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

