

Répartition des cotisations employés et employeur

No d'affiliation : _____ Employeur / Médecin indépendant : _____

Raison sociale selon le registre du commerce (ci-après l'employeur)

Nom de la raison sociale _____

Adresse _____

Téléphone _____ Courriel _____

Nom et prénom de la personne responsable _____

Modification de la répartition des cotisations

Conformément à l'article 53 alinéa 3 du règlement de prévoyance de la Fondation AROMED, la cotisation des employés s'élève en principe à 50% du total des cotisations (épargne, risque et frais). Sur demande du présent avenant, une participation plus importante de l'employeur peut être prévue conformément à l'article 66 alinéa 1 de la loi sur la prévoyance professionnelle (LPP).

Par la présente, nous souhaitons modifier la répartition des paiements des cotisations de la manière suivante :

Part de la cotisation de l'employé : _____ %

+

Part de la cotisation de l'employeur : _____ % *(au minimum 50%)*

Total **100 %**

Date de modification : ____ / ____ / ____

Signature

Ce document fait office d'avenant au contrat d'affiliation entre l'employeur et la Fondation AROMED

Lieu et date

Timbre et signature(s) de l'employeur/médecin indépendant

