

## Demande d'affiliation pour indépendant

### DONNÉES PERSONNELLES PRIVÉES

|                   |                                                                                                                                                                                                           |                               |                                                       |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Nom               | _____                                                                                                                                                                                                     | Prénom                        | _____                                                 |
| Date de naissance | ____ / ____ / ____                                                                                                                                                                                        | Sexe                          | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H |
| Rue, no           | _____                                                                                                                                                                                                     | NPA, lieu                     | _____                                                 |
| No AVS            | 756. _____                                                                                                                                                                                                |                               |                                                       |
| État civil        | <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(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

|           |       |            |       |
|-----------|-------|------------|-------|
| 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 ?

\_\_\_\_\_

Sélectionnez votre adresse de correspondance ☐ adresse personnelle ☐ adresse professionnelle



## INDICATION CONCERNANT L'ASSURANCE

Début de l'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)
- ☐ Attestation d'affiliation de la caisse de compensation AVS
- ☐ 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 et prénom du médecin

---

Signature du médecin

---

Lieu et date

---

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

Vos données personnelles sont traitées conformément à la notice de confidentialité qui est disponible sur <https://aromed.ch/politique-de-confidentialite/>. La notice de confidentialité décrit notamment vos droits en matière de traitement de vos données ainsi que les coordonnées de notre conseiller à la protection des données.

