

Preneur d'assurance : _____
 (Titre, nom, prénom, raison sociale)

Adresse : _____

NPA : _____ Localité : _____

Tél. : _____ Email : _____

Nouveau médecin/Nouvelle entreprise : oui non

Date d'effet : _____

Médecin: indépendant ou salarié								
Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe	Salaire AVS annuel en CHF	Taux d'activité	Pleine capacité	PLP ¹⁾	Part LPP ²⁾
			H F		%	oui non		
			H F		%	oui non		
			H F		%	oui non		
			H F		%	oui non		

Cabinet (liste du personnel)								
Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe	Salaire AVS annuel en CHF	Taux d'activité	Pleine capacité	PLP ¹⁾	Part LPP ²⁾
			H F		%	oui non		
			H F		%	oui non		
			H F		%	oui non		
			H F		%	oui non		
			H F		%	oui non		
			H F		%	oui non		
			H F		%	oui non		

1) Avoir de libre passage total en CHF 2) Avoir de libre passage de la part LPP en CHF (min.légal)

Remarques:

Prestations vieillesse (épargne)						
Cercle personnes assurées	-- Cabinet	Médecin Cabinet	Médecin Cabinet	Médecin Cabinet	Médecin Cabinet	Sàrl / SA
Plan de prévoyance	STANDARD LPP	CLASSIQUE	OPTIMA	OPTIMA PLUS	OPTIMA TOP	A choix
Salaire assuré	Salaire LPP	Salaire AVS				
Déduction de coordination en % du taux d'activité	Oui Non	Aucune déduction de coordination				
Versement annuel épargne (en % du salaire assuré)						
Age : 25-34	7 %	5 %	10 %	14 %	25 %	%
Age : 35-44	10 %	8 %	13 %	17 %	25 %	%
Age : 45-54	15 %	11 %	18 %	22 %	25 %	%
Age : 55-64/65	18 %	13 %	21 %	25 %	25 %	%

Prestations risque (décès et invalidité)					
Cercle personnes assurées	-- Cabinet	Médecin Cabinet	Médecin Cabinet	Médecin Cabinet	Sàrl / SA
Plan de prévoyance	MINIMUM LPP	STANDARD-R	CLASSIQUE-R	OPTIMA-R	A choix
Salaire assuré	Salaire LPP	Salaire AVS			
Rente invalidité	Minimum LPP	30 %	40 %	50 %	%
Rente survivant	Minimum LPP	18 %	30 %	40 %	%
Rente enfants	Minimum LPP	6 %	10 %	10 %	%
Capital décès (à choix)	-	100 % 200 %	100 % 200 %	100 % 200 %	100 % 200 %
Restitution rachat	-	Effectué en cas de décès par suite de maladie ou accident			
Libération des cotisations	Délai d'attente de 3 mois				

- Etes-vous affilié à une assurance collective perte de gain prévoyant une indemnité journalière d'au moins 80% du salaire pendant 720 jours? oui non
- Répartition des cotisations¹ : Employés _____ % Employeur _____ % (min 50%)
- Fréquence de paiement des cotisations : Mensuelle Trimestrielle² Semestrielle Annuelle

Lieu et date

Signature du preneur d'assurance/employeur/intermédiaire

¹ Dans le cas de l'affiliation du personnel du cabinet médical ou Sàrl

² Fréquence de paiement trimestrielle par défaut