

Preneur d'assurance :
(Titre, Nom, Prénom)

Rue / No :

NPA / Lieu :

Début de l'assurance :

Veillez déterminer pour quel(s) cercle(s) d'assurés (médecin et/ou personnel du cabinet médical), vous désirez une offre :

Liste du personnel :

Médecin

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe (M/F)	Salaire annuel assuré	Taux d'activité*

*** Sauf indications contraires:** L'employeur atteste par la présente, que l'assuré/e susmentionné/e est en pleine capacité d'exercer sa profession.

Personnel du cabinet

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe (M/F)	Salaire annuel assuré	Taux d'activité*

*** Sauf indications contraires:** L'employeur atteste par la présente, que l'assuré/e susmentionné/e est en pleine capacité d'exercer sa profession.

Plan(s) de prévoyance

Prestation vieillesse (modules «épargne») :

Veillez choisir votre plan en fonction des versements annuels d'épargne souhaités :

Cercle(s) d'assuré/e(s)	Médecin Cabinet	Médecin Cabinet	Médecin Cabinet	Médecin Cabinet	Médecin Cabinet
Plan choisi	STANDARD	CLASSIQUE	OPTIMA	OPTIMA PLUS	OPTIMA TOP
Salaire assuré	Salaire LPP (plafond à 58'140)	Salaire AVS	Salaire AVS	Salaire AVS	Salaire AVS
Versement annuel épargne (en % du salaire assuré)					
Age : 25-34	8	6	10	14	25
Age : 35-44	11	8	13	17	25
Age : 45-54	16	11	18	22	25
Age : 55-64/65	19	13	21	25	25

Prestations risques (modules «risques») :

Veuillez choisir votre plan en fonction des prestations risques souhaitées :

Cercle(s) d'assuré/e(s)	Médecin Cabinet	Médecin Cabinet	Médecin Cabinet
Plan choisi	STANDARD-R	CLASSIQUE-R	OPTIMA-R
Salaire assuré	Salaire AVS	Salaire AVS	Salaire AVS
Prestations (en % du salaire assuré)			
Rente d'invalidité	30	40	50
Rente de conjoint	18	30	40
Rente d'enfant	6	10	10
Libération primes			
Capital-décès	-----	100	200

Remarques:

Lieu:

Date:

Timbre et signature de l'employeur: