

Demande d'admission

L'employeur :

Raison sociale _____

Adresse _____

NPA/Localité _____

déclare adhérer au Groupe Mutuel Prévoyance pour l'assurance du 2^{ème} pilier en faveur de son personnel.

La couverture d'assurance choisie correspond :

au plan selon l'offre du _____ variante N° _____

Le délai d'attente pour la rente d'invalidité est fixé à :

12 mois

24 mois

Dans le cas où le délai d'attente a été fixé à 24 mois, l'employeur atteste que l'ensemble de son personnel est assuré par un contrat perte de gain maladie pour une durée de 720 jours.

Il confirme également avoir reçu un exemplaire du règlement de prévoyance et des statuts et se déclare d'accord avec leur contenu.

Il certifie qu'un avis d'entrée a été dûment complété pour chaque personne à assurer ; les éventuels cas d'incapacité de gain font l'objet d'une liste nominative en annexe.

Les cas d'invalidité et de décès survenus avant l'entrée en vigueur de la présente convention restent couverts sur la base des dispositions contractuelles et réglementaires applicables lors de la survenance du cas d'assurance.

L'employeur a-t-il conclu avec d'autres institutions de prévoyance des contrats d'affiliation organisés de telle manière que certaines personnes sont assurées en même temps auprès de plusieurs institutions (art. 1a OPP2) ?

non

oui

Si oui, auprès de quelle(s) institution(s) : _____

L'entrée en vigueur est fixée au : _____

Lieu et date _____

Signature _____

Annexes : Règlement de prévoyance et statuts