

Composition de la Commission administrative

Employeur

Raison sociale: _____ N° de contrat: _____

Adresse: _____ NPA/localité: _____

Représentants de l'employeur

La direction ou le conseil d'administration désigne le ou les représentant(s) de l'employeur. Ceux-ci ne sont pas nécessairement assurés dans le contrat de l'affilié.

1. Nom: _____ Date de naissance: _____

Prénom: _____ Signature: _____

2. Nom: _____ Date de naissance: _____

Prénom: _____ Signature: _____

3. Nom: _____ Date de naissance: _____

Prénom: _____ Signature: _____

Représentants des travailleurs

Les travailleurs désignent le ou leurs propre(s) représentant(s) en le(s) choisissant **parmi les assurés actifs du contrat de l'affilié**.

1. Nom: _____ Date de naissance: _____

Prénom: _____ Signature: _____

2. Nom: _____ Date de naissance: _____

Prénom: _____ Signature: _____

3. Nom: _____ Date de naissance: _____

Prénom: _____ Signature: _____

Conditions réglementaires

- La Commission administrative doit être composée de manière paritaire. **Une même personne ne peut pas représenter à la fois l'employeur et les travailleurs.**
- Les modifications ultérieures sont à communiquer à la fondation.
- Le représentant doit pouvoir exercer ses droits civils : il doit être majeur et capable de discernement.
- En cas de résiliation du contrat de travail, le mandat auprès de la Commission administrative prend fin immédiatement.
- La durée du mandat est de 3 ans.
- Pour les **indépendants**: l'indépendant affilié à la fondation sans personnel est considéré comme un employeur. Il devient automatiquement représentant de l'employeur et forme à lui seul une commission administrative.

Lieu et date:

Certifié conforme par le président: