



## DEMANDE D'ADHÉSION

### COORDONNÉES DU PROPOSANT

Nom, prénom et/ou Raison sociale : _____
Rue : _____ Lieu : _____
Branche d'activité : _____
Personne avec qui traiter : _____ Tél. prof. : _____
Nom de votre caisse AVS : _____
Adresse privée (si raison individuelle) : _____

### ADHÉSION

Le proposant :

1) **Demande son adhésion** au Fonds interprofessionnel de prévoyance FIP pour réaliser la prévoyance professionnelle dans le cadre de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP).

Nombre de personnes à assurer : collaborateur(s) \_\_\_\_\_ indépendant : \_\_\_\_\_

Adhésion valable dès le : \_\_\_\_\_

2) **Déclare**

a) choisir le plan **FIP-MODULA** :

Variante 1                       Variante 2                       Variante 3

Le salaire cotisant est défini comme suit :

salaire AVS annuel, sous déduction d'un montant de coordination (variante de base).

salaire AVS plafonné à : \_\_\_\_\_ sous déduction d'un montant de coordination (plafond minimum : fr. 84'600.-).

montant de coordination réduit en proportion du taux d'activité.

Les cotisations d'épargne sont déterminées en pourcent du salaire cotisant, soit :

Hommes (ans)	Femmes (ans)	Epargne(%)
18-24	18-24	0
25-34	25-34	7
35-44	35-44	10
45-54	45-54	15
55-65	55-64	18

Les cotisations d'épargne peuvent être augmentées de 6% au maximum. L'augmentation définie s'applique à chaque classe d'âge.

Augmentation de la cotisation d'épargne souhaitée pour chaque classe d'âge : + \_\_\_\_\_% (max. 6%).

b) définir la répartition de cotisations suivante : \_\_\_\_\_% employés / \_\_\_\_\_% employeur (min. 50%);  
(sans indication : 50% employé / 50% employeur)

c) devoir les cotisations, les frais et les intérêts définis dans le règlement;

d) prendre note que le délai de résiliation est de six mois pour la fin d'une année civile;

e) s'engager à transférer obligatoirement les bénéficiaires de rente (vieillesse, invalidité, décès) à la nouvelle institution de prévoyance en cas de résiliation de l'affiliation au FIP;

f) prendre note que les réserves et provisions transférées au FIP d'une précédente institution de prévoyance ne sont pas réparties individuellement;

g) autoriser le FIP à se procurer directement auprès de l'ancienne institution de prévoyance toutes les informations utiles au traitement de la présente demande d'adhésion.

## DEMANDE D'ADHÉSION (SUITE)

### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

<b>1) La société ou la raison individuelle est-elle ou a-t-elle déjà été affiliée à une institution de prévoyance ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, veuillez indiquer :		
• nom de la dernière institution _____		
• date de résiliation _____		
• motif de la résiliation _____		
En cas de réponse affirmative, veuillez compléter les questions suivantes :		
• des rentes de vieillesse doivent-elles être reprises par le FIP ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
si oui, veuillez indiquer :		
- le nombre de bénéficiaires de rente de vieillesse : _____		
• des rentes pour survivants doivent-elles être reprises par le FIP ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
si oui, veuillez indiquer :		
- le nombre de bénéficiaires de rente de conjoint : _____		
- le nombre de bénéficiaires de rente d'orphelin : _____		
• des rentes d'invalidité doivent-elles être reprises par le FIP ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
si oui, veuillez indiquer :		
- le nombre de bénéficiaires de rente d'invalidité : _____		
- le nombre de bénéficiaires de rente d'enfant d'invalidité : _____		
• des cas d'incapacité de travail sont-ils actuellement en cours ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
si oui, veuillez indiquer :		
- le nombre de cas d'incapacité de travail : _____		
 <b>2) Lors de l'affiliation, y aura-t-il dans votre entreprise des assurés (y.c. indépendant) affiliés au fonds qui seront également assurés pour le même salaire ou revenu à une ou plusieurs autres institutions de prévoyance ?</b>		
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Dans l'affirmative, veuillez indiquer auprès de quelle(s) institution(s) de prévoyance ces personnes sont-elles également assurées :		
_____		
_____		
_____		
_____		

Le proposant prend note que le FIP se réserve le droit de refuser l'adhésion sans en justifier la raison.

Lieu et date:

Timbre et signature(s) autorisée(s) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_