

## DEMANDE D'ADHÉSION

FIP-Optima - cotisation fixe

### 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-OPTIMA** :

<input type="checkbox"/> <b>Variante 1</b>	<input type="checkbox"/> <b>Variante 2</b>	<input type="checkbox"/> <b>Variante 3</b>	<input type="checkbox"/> <b>Variante 4</b>
Cotisation _____%	Cotisation _____%	Cotisation _____%	Cotisation _____%
(Minimum 12.75%)	(Minimum 16.75%)	(Minimum 17.25%)	(Minimum 17.75%)

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

1) La société ou la raison individuelle est-elle ou a-t-elle déjà été affiliée à une institution de prévoyance?  Oui  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?  Oui  Non  
si oui, veuillez indiquer :

- le nombre de bénéficiaires de rente de vieillesse : \_\_\_\_\_

• des rentes pour survivants doivent-elles être reprises par le FIP?  Oui  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?  Oui  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?  Oui  Non  
si oui, veuillez indiquer :

- le nombre de cas d'incapacité de travail : \_\_\_\_\_

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?  Oui  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) :

---

---