



## DEMANDE D'ADHÉSION FIP-GIM-CH

### 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-GIM-CH**.

Salaire cotisant calculé sur :

salaire AVS plafonné selon la LPP (variante de base : plafond à Fr. 84'600.-).       salaire AVS plafonné au-delà du maximum LPP, soit Fr. \_\_\_\_\_ (facultatif)

Prestations de risques à assurer sur :

salaire cotisant (variante de base)       salaire AVS plafonné

**Sans indication, la variante de base réglementaire sera appliquée.**

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

<p><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</p> <p>Si oui, veuillez indiquer :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• nom de la dernière institution _____</li><li>• date de résiliation _____</li><li>• motif de la résiliation _____</li></ul> <p>En cas de réponse affirmative, veuillez compléter les questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• des rentes de vieillesse doivent-elles être reprises par le FIP ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non si oui, veuillez indiquer :<ul style="list-style-type: none"><li>- le nombre de bénéficiaires de rente de vieillesse : _____</li></ul></li><li>• des rentes pour survivants doivent-elles être reprises par le FIP ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non si oui, veuillez indiquer :<ul style="list-style-type: none"><li>- le nombre de bénéficiaires de rente de conjoint : _____</li><li>- le nombre de bénéficiaires de rente d'orphelin : _____</li></ul></li><li>• des rentes d'invalidité doivent-elles être reprises par le FIP ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non si oui, veuillez indiquer :<ul style="list-style-type: none"><li>- le nombre de bénéficiaires de rente d'invalidité : _____</li><li>- le nombre de bénéficiaires de rente d'enfant d'invalidité : _____</li></ul></li><li>• des cas d'incapacité de travail sont-ils actuellement en cours ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non si oui, veuillez indiquer :<ul style="list-style-type: none"><li>- le nombre de cas d'incapacité de travail : _____</li></ul></li></ul> <p><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</p> <p>Dans l'affirmative, veuillez indiquer auprès de quelle(s) institution(s) de prévoyance ces personnes sont-elles également assurées :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--

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) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_