



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 groupe FIP-Techniciens-Dentistes 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) définir la répartition de cotisations suivante : _____ % employés / _____ % employeur (min. 50%); (sans indication : 50% employé / 50% employeur)
b) devoir les cotisations, les frais et les intérêts définis dans le règlement;
c) prendre note que le délai de résiliation est de six mois pour la fin d'une année civile;
d) 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;
e) prendre note que les réserves et provisions transférées au FIP d'une précédente institution de prévoyance ne sont pas réparties individuellement;
f) 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.

INTERNET

DEMANDE D'ADHÉSION (SUITE)

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

<p>1) La société ou la raison individuelle est-elle ou a-t-elle déjà été affiliée à une institution de prévoyance ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, veuillez indiquer :</p> <ul style="list-style-type: none">• nom de la dernière institution _____• date de résiliation _____• motif de la résiliation _____ <p>En cas de réponse affirmative, veuillez compléter les questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• 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">- 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 :<ul style="list-style-type: none">- 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 :<ul style="list-style-type: none">- 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 :<ul style="list-style-type: none">- le nombre de cas d'incapacité de travail : _____ <p>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 ? <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) :
