

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-OPTIMA** :

| | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Variante 1 | <input type="checkbox"/> Variante 2 | <input type="checkbox"/> Variante 3 | <input type="checkbox"/> Variante 4 |
| 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.

742-01-06-iv-10.18

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) :
