

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 : _____

Adhésion valable dès le : _____

2) **Déclare**

a) choisir le plan **OPTIMA (échelonné)** :

Variante 1 Variante 2 Variante 3 Variante 4

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

Hommes (ans)	Femmes (ans)	Épargne(%)
18-24	18-24	___ * (0 ou idem 25 - 34)
25-34	25-34	___ * (min. 5 / max. 18)
35-44	35-44	___ * (min. 7 / max. 20)
45-54	45-54	___ * (min. 11 / max. 24)
55-65	55-64	___ * (min. 13 / max. 26)

* sans indication des taux d'épargne, le taux minimal par classe d'âge sera appliqué.

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 ?	<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 : _____		
 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
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) :
