



## 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-Ingénieurs et Architectes Vaudois 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-Ingénieurs et Architectes Vaudois**.

Le salaire pris en considération est défini comme suit :

<input type="checkbox"/> salaire AVS plafonné selon la LPP (variante de base : plafond à Fr. 84'600.-).	<input type="checkbox"/> salaire AVS plafonné au-delà du maximum LPP, soit :
	<input type="checkbox"/> au maximum du salaire AVS admis par le règlement (Fr. 162'525.-)
	<input type="checkbox"/> un autre montant fixe entre Fr. 84'600.- et Fr. 162'525.-, soit Fr. _____.

**Sans indication, la variante de base 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

<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
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 : _____		
 <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
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) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_