

DEMANDE D'ADHÉSION

COORDONNÉES DU PROPOSANT

Raison sociale :	_____		
Rue :	_____	Lieu :	_____
Branche d'activité :	_____		
Personne avec qui traiter :	_____	Tél. prof. :	_____
Nom de votre caisse AVS :	_____	N° IDE :	_____

ADHÉSION

<p>Le proposant :</p> <p>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) _____ Adhésion valable dès le : _____</p> <p>2) Déclare</p> <p>a) choisir le plan FIP-LPP (minimum légal). 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.</p>

742-OB

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) :
