

Avenant à la convention d'affiliation pour indépendant



CIEPP
Caisse Inter-Entreprises
de Prévoyance Professionnelle
ZKBV - Zwischenbetriebliche Kasse für Berufliche Vorsorge
CIPP - Cassa Interaziendale di Previdenza Professionale

Réf.: _____

Affilié n°: _____ Nom, prénom: _____

N° AVS: 756. _____ Date de naissance: _____ Sexe: M F

Rue, N°: _____ NPA, localité: _____

Téléphone: _____ E-mail: _____

PLAN DE PRÉVOYANCE ET CONDITIONS – SÉLECTIONNEZ LE PLAN

Plans existants	Plafond (un seul choix possible)			Gestion de la coordination par palier 25 %, 50 %, 75 %	Taux d'épargne supplémentaire Média et Supra de 1 % à 5 % Maxima et Optima de 1 % à 10 %	Capital supplémentaire en cas de décès (1 à 4x le salaire assuré annuel)
	1 Limité au revenu maximum selon la LPP	2 Plafond intermédiaire exprimé en CHF	3 Limité au revenu maximum selon plan			
<input type="checkbox"/> Minima	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Oui: ____ % <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui: ____ x <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Média (avec option Risque+)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CHF _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui: ____ % <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 0% uniquement pour le revenu assuré risque	<input type="checkbox"/> Oui: ____ % <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui: ____ x <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Supra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CHF _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui: ____ % <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui: ____ % <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui: ____ x <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Maxima <input type="checkbox"/> Maxima (avec option Risque+)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CHF _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui: ____ % <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui: ____ x <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Optima <input type="checkbox"/> Optima (avec option Risque+)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CHF _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui: ____ % <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui: ____ x <input type="checkbox"/> Non

REVENU ANNUEL DÉTERMINANT: CHF _____

Le niveau de revenu annuel déclaré correspondra à la limite de plafond du plan accepté par la CIEPP. Pour rappel, celui-ci doit être fixé dans les limites du plafond contractuel de votre plan de prévoyance. Dans le cas où celui-ci devrait être réadapté en cours d'année ou rétroactivement, la modification devra faire l'objet d'un accord de la CIEPP.

Fréquence de facturation: Mensuelle Trimestrielle

DATE D'EFFET DE L'AVENANT: _____

En cas d'affiliation auprès d'une autre institution de prévoyance, la personne précitée confirme que le principe d'adéquation de l'article 1a OPP2 est respecté pour l'ensemble de sa prévoyance assurée également à une autre institution de prévoyance. Elle assume les conséquences du non-respect de ce principe.

La personne précitée, membre d'une des associations fondatrices, déclare avoir pris connaissance de l'ensemble des dispositions réglementaires de la Caisse. Elle confirme sa pleine capacité de travail entre le jour (inclus) de la date d'effet de l'avenant jusqu'à celui (inclus) de la date de la signature.

Par sa signature, elle certifie que les informations contenues dans le présent avenant sont exactes et complètes. Elle s'engage à respecter en tout temps les dispositions légales et réglementaires de la CIEPP, notamment celles de l'OPP2 et de son obligation d'information au sens de l'article 11 du règlement. La CIEPP réserve tous ses droits en cas de non respect de ces obligations.

Le présent avenant annule et remplace toute convention ou avenant antérieur. Il est conclu pour une durée de 5 ans au moins. Il se renouvelle tacitement d'année en année s'il n'est pas résilié moyennant un préavis écrit, reçu 6 mois avant l'expiration pour la fin d'une année civile. L'article 5 in fine du règlement est réservé.

Lieu et date: _____

Signature: _____

Agences
Bulle
Fribourg
Neuchâtel
Porrentruy
Rue Condémine 56
Rue de l'Hôpital 15
Av. du 1^{er} Mars 18
Ch. de la Perche 2
T 026 919 87 40
T 026 350 33 79
T 032 727 37 00
T 032 465 15 80

Siège de l'administration de la Caisse
Rue de Saint-Jean 67 – CP 5278 – 1211 Genève 11
T 058 715 31 11 – ciepp@fer-ge.ch – www.ciepp.ch