

Convention d'affiliation pour indépendant (dès 59/60 ans)



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: _____

La CIEPP – Caisse Inter-Entreprises de Prévoyance Professionnelle, prend note, qu'en application de l'article 24, alinéa 1, lettre b de son règlement, la prestation de vieillesse sera servie exclusivement sous la forme d'un capital, et ce irrévocablement, conformément à cette disposition. Les dispositions légales relatives aux rachats versés dans les trois années précédant l'âge de retraite légale, demeurent réservées.

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 revenu assuré annuel)
	1 Limité au revenu maximum selon la LPP	2 Plafond intermédiaire exprimé en CHF	3 Limité au revenu maximum selon plan			
☐ Minima	☐			☐ Oui: ____ % ☐ Non		☐ Oui: ____ x ☐ Non
☐ Média	☐	☐ CHF _____	☐	☐ Oui: ____ % ☐ Non ☐ 0% uniquement pour le revenu assuré risque	☐ Oui: ____ % ☐ Non	☐ Oui: ____ x ☐ Non
☐ Média (avec option Risque+)						
☐ Supra	☐	☐ CHF _____	☐	☐ Oui: ____ % ☐ Non	☐ Oui: ____ % ☐ Non	☐ Oui: ____ x ☐ Non
☐ Maxima	☐	☐ CHF _____	☐		☐ Oui: ____ % ☐ Non	☐ Oui: ____ x ☐ Non
☐ Maxima (avec option Risque+)						
☐ Optima	☐	☐ CHF _____	☐		☐ Oui: ____ % ☐ Non	☐ Oui: ____ x ☐ Non
☐ Optima (avec option Risque+)						

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 DU DÉBUT DE L'AFFILIATION: _____

En cas d'affiliation auprès d'une autre institution de prévoyance, la personne précitée confirme que le principe d'adéquation de l'article 1a OPP 2 est respecté pour l'ensemble de sa prévoyance assurée également à une autre institution de prévoyance. Elle assume les conséquences de non-respect de ce principe.

En application de l'article 7 du règlement et des directives d'acceptation de la CIEPP, la personne précitée, membre d'une des associations fondatrices, déclare avoir pris connaissance de l'ensemble des dispositions réglementaires de la Caisse et demande son affiliation à la CIEPP. Elle confirme sa pleine capacité de travail entre le jour (inclus) de la date d'effet de la convention jusqu'à celui (inclus) de la date de la signature.

Par sa signature, elle certifie que les informations contenues dans la présente convention sont exactes et complètes. Elle s'engage à respecter en tout temps les dispositions légales et réglementaires de la CIEPP, notamment celles de l'OPP 2 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.

La présente convention est conclue pour une durée de 5 ans au moins. Elle se renouvelle tacitement d'année en année si elle n'est pas résiliée moyennant un préavis écrit, reçu 6 mois avant l'expiration pour la fin de l'année civile. L'article 5 in fine du règlement est réservé.

Lieu et date: _____

Signature: _____

Agences

Bulle	Rue Condémine 56	T 026 919 87 40
Fribourg	Rue de l'Hôpital 15	T 026 552 66 90
Neuchâtel	Av. du 1 ^{er} -Mars 18	T 032 727 37 00
Porrentruy	Ch. de la Perche 2	T 032 465 15 80

Siège de l'administration de la Caisse
Rue de Saint-Jean 67 – CP – 1211 Genève 3
T 058 715 31 11 – ciepp@fer-ge.ch – www.ciepp.ch