



RÉSUMÉ DU PLAN DE PRÉVOYANCE FIP - GIM-CH

(EN VIGUEUR DÈS LE 1^{ER} JANVIER 2021)

ASSURÉS

Tout salarié, dont le salaire AVS annuel dépasse Fr. 21'510.-, est soumis :

- dès le 1^{er} janvier suivant son 17^e anniversaire pour la couverture des risques de décès et d'invalidité ;
- dès le 1^{er} janvier suivant son 24^e anniversaire pour la couverture des risques de décès, d'invalidité et la vieillesse.

SALAIRE ASSURÉ

Le salaire assuré correspond au salaire AVS annuel, plafonné au salaire maximum LPP de Fr. 86'040.-, sous déduction d'un montant de coordination de Fr. 25'095.- réduit proportionnellement au degré d'activité. Ainsi, il s'élève au maximum à Fr. 60'945.-.

Toutefois, avec l'accord du fonds, l'employeur peut déterminer un maximum du salaire assuré plus élevé. Si le salaire annuel assuré n'atteint pas Fr. 5'000.-, il est arrondi à ce montant (concerne les salaires AVS compris entre Fr. 21'510.- et Fr. 30'095.-).

COTISATIONS

Les cotisations sont définies en % du salaire cotisant selon le barème suivant :

Hommes (ans)	Femmes (ans)	Epargne (%)	Risque et frais de gestion (%)	Total (%)
18-24	18-24	-	2.75	2.75
25-34	25-34	8	2.75	10.75
35-44	35-44	11	2.75	13.75
45-54	45-54	16	2.75	18.75
55-65	55-64	19	2.75	21.75

PRESTATIONS

Retraite

capital

ou

rente de vieillesse : **6,80%**¹⁾ du capital accumulé pour les hommes à 65 ans ;
6,80%¹⁾ du capital accumulé pour les femmes à 64 ans.

rente d'enfant de retraité : **20%** de la rente de vieillesse.

¹⁾ les taux de conversion actuels seront progressivement réduits pour atteindre 6,8 % pour les hommes et les femmes en 2020.

Décès

rente de conjoint/concubin : **40%** du salaire assuré ;

rente d'orphelin : **10%** du salaire assuré ;

capital-décès : **100%** du compte individuel, si aucune rente n'est servie.

Invalidité

rente d'invalidité : **40%** du salaire assuré ;

rente d'enfant d'invalidité : **10%** du salaire assuré.

742-08-12-Nv-202011

VARIANTE

Avec l'accord du fonds, l'employeur peut demander d'assurer pour les risques de décès et d'invalidité, le salaire AVS plafonné sans déduction de coordination. La cotisation de risque et frais de gestion de 2.75% sera alors due sur ce salaire assuré.

Les prestations sont effectivement versées en fonction des dispositions réglementaires.

DEMANDE D'ADHÉSION FIP-GIM-CH

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

<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) _____ indépendant: _____ Adhésion valable dès le: _____</p> <p>2) Déclare</p> <p>a) choisir le plan FIP-GIM-CH.</p> <p>Salaire cotisant calculé sur :</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/> salaire AVS plafonné selon la LPP (variante de base : plafond à Fr. 85'320.-).</td><td><input type="checkbox"/> salaire AVS plafonné au-delà du maximum LPP, soit Fr. _____ (facultatif)</td></tr></table> <p>Prestations de risques à assurer sur :</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/> salaire cotisant (variante de base)</td><td><input type="checkbox"/> salaire AVS plafonné</td></tr></table> <p>Sans indication, la variante de base réglementaire sera appliquée.</p> <p>b) définir la répartition de cotisations suivante: _____% employés / _____% employeur (min. 50%); (sans indication : 50% employé / 50% employeur)</p> <p>c) devoir les cotisations, les frais et les intérêts définis dans le règlement;</p> <p>d) prendre note que le délai de résiliation est de six mois pour la fin d'une année civile;</p> <p>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;</p> <p>f) prendre note que les réserves et provisions transférées au FIP d'une précédente institution de prévoyance ne sont pas réparties individuellement;</p> <p>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>	<input type="checkbox"/> salaire AVS plafonné selon la LPP (variante de base : plafond à Fr. 85'320.-).	<input type="checkbox"/> salaire AVS plafonné au-delà du maximum LPP, soit Fr. _____ (facultatif)	<input type="checkbox"/> salaire cotisant (variante de base)	<input type="checkbox"/> salaire AVS plafonné
<input type="checkbox"/> salaire AVS plafonné selon la LPP (variante de base : plafond à Fr. 85'320.-).	<input type="checkbox"/> salaire AVS plafonné au-delà du maximum LPP, soit Fr. _____ (facultatif)			
<input type="checkbox"/> salaire cotisant (variante de base)	<input type="checkbox"/> salaire AVS plafonné			

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 ? Oui 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 ? Oui Non
si oui, veuillez indiquer :
 - le nombre de bénéficiaires de rente de vieillesse : _____
- des rentes pour survivants doivent-elles être reprises par le FIP ? Oui 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 ? Oui 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 ? Oui 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 ? Oui 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) :
