

# 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 4 x 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			
<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 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  
Fribourg  
Neuchâtel  
Porrentruy  
Rue Condémine 56  
Rue de l'Hôpital 15  
Av. du 1<sup>er</sup>-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 – 1211 Genève 3  
T 058 715 31 11 – ciepp@fer-ge.ch – www.ciepp.ch