

Preneur de prévoyance

Raison sociale : _____

Personne de contact : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ Adresse mail : _____

Avez-vous un statut d'indépendant : Oui* Non

Secteur d'activité de l'entreprise : _____

L'entreprise est-elle soumise à une convention collective de travail ?

Non

Oui / Nom de la CCT : _____

L'entreprise va-t-elle conclure une assurance collective perte de gain maladie (indemnités journalières) ?

Non

Oui / Nom de l'assureur : _____

Offre de prévoyance

Date d'effet : _____ (date d'annonce à la caisse AVS, date depuis laquelle la(les) personne(s) à assurer dépasse(nt) le seuil d'affiliation LPP)

Type de plan Banque cantonale vaudoise : LPP+1% / 40% Coord. (Std.1) LPP+3% / 60% Inv. (Std. 2)

Type de plan Retraites Populaires : LPP-mini (Std.1) LPP+1% / 40% Sal. (Classique 6)

Autre : _____

Fréquence de paiement des primes :

Mensuelle

Trimestrielle**

Semestrielle**

Annuelle**

Répartition des cotisations (min. 50 % à la charge de l'employeur)

50% / 50 %

_____ % employé / _____ % employeur

Demande d'accès à Extranet** :

Oui

Non

Envoi du dossier d'offre : Au preneur de prévoyance À la CVCI Autre : _____

Gestion du contrat par : Le preneur de prévoyance Autre : _____

* une affiliation est possible uniquement s'il y a des salariés dans la structure / l'affiliation n'est pas obligatoire pour les indépendants

** uniquement aux Retraites Populaires

Merci de retourner ce formulaire à la CVCI par e-mail (cvci@cvci.ch) ou par fax au 021 613 35 05. Ce formulaire sera transmis aux prestataires désignés en fonction du choix du type de plan. Cette mise en relation ne saurait engager la responsabilité de la CVCI.

Liste des personnes à affilier

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe M/F	Salaire annuel brut	Prestation de libre passage

Lieu et date : _____

Signature : _____