

Demande d'affiliation - FORMULAIRE

Veuillez, au préalable, prendre connaissance des couvertures d'assurance détaillées se trouvant sous l'onglet "S'affilier" sur la plateforme internet www.fpac.ch.

Il est à noter que la couverture des prestations pour les CDI uniquement n'est pas possible.

Le formulaire, dûment rempli et valablement signé par les représentants autorisés à représenter l'association conformément à ses statuts, doit être envoyé par email aux gestionnaires administratifs Trianon SA à l'adresse artes@trianon.ch.

Données de l'employeur

Nom ou raison sociale

Le nom de l'entité doit coïncider avec les statuts ou inscription au RC

Forme juridique

Date de constitution

(Par exemple : Assemblée générale constitutive, inscription au Registre du Commerce, etc...)

Employeur inscrit au registre du commerce ?

Adresse de l'employeur

c/o

Facultatif

Rue et numéro

NPA

Lieu

Pays (si différent de Suisse)

Facultatif

Personne de contact (une seule personne possible)

Genre

Nom

Prénom

Téléphone 1

Téléphone 2

Email

Facultatif

Toutes les communications sont uniquement effectuées par email. L'adresse indiquée sera utilisée à cet effet.

Personnes autorisées à engager l'employeur

La demande d'affiliation doit être signée par les personnes autorisées à engager la société.

Dans le cas où la société est inscrite au registre du commerce (RC), le droit de signature inscrit est à respecter.

Si la société n'est pas inscrite au registre du commerce, veuillez vous reporter aux statuts de société, év. à un procès-verbal octroyant un pouvoir de représentation. Il vous est demandé de mentionner de manière précise l'article ou PV octroyant un pouvoir de représentation.

Quel est le droit de signature prévu ?

Selon statuts ou inscription au RC

Numéro d'article des statuts précisant le droit d'engager la société

Si aucun article, veuillez indiquer aucun. Si un PV de séance précise un droit de signature, ce PV est à mentionner et à joindre à la demande.

Si le droit de signature n'est pas précisé, deux membres du comité doivent signer.

Signataire 1

Nom, Prénom

Fonction

Signataire 2

Nom, Prénom

Fonction

Obligatoire en cas de signature à deux

Obligatoire en cas de signature à deux

Couvertures d'assurance souhaitées :

LPP (Prévoyance professionnelle)

Collaborateurs à assurer

Date de début de couverture

LAA (Assurance accidents)

Collaborateurs à assurer

Date de début de couverture

AMPG (Assurance perte de gain en cas de maladie)

Collaborateurs à assurer

Date de début de couverture

Remarque

L'Employeur qui souhaite n'assurer qu'une partie de ses employés sur la base de critères objectifs, soit un cercle de salariés clairement défini, peut en faire la demande à la Fondation. Le Conseil de fondation statue. Dans ce cas, veuillez contacter notre permanence téléphonique au 0848 731 570. La couverture des seuls CDI n'est pas possible.

Attestation de pleine capacité de travail

Tout le personnel sous contrat
à la / aux date(s) d'affiliation
mentionnée(s) ci-dessus est-il
en pleine capacité de travail ?

En cas d'affiliation rétroactive, l'attestation
de pleine capacité de travail doit couvrir
toute la période de rétroactivité.

Si non, veuillez nommer la / les personne(s) qui n'est / ne sont pas en pleine capacité de travail :

Personne 1

Personne 2

Personne 3

Personne 4

Attestation selon art. 1a OPP2 - Prévoyance professionnelle de l'Employeur

L'employeur doit indiquer les contrats conclus entre lui-même et une – des institutions de prévoyance.

Les **rapports de prévoyance** existants pour **ses salariés, via d'autres employeurs, ne sont pas concernés.**

Veuillez choisir la
situation s'appliquant à la
société **selon descriptif**
ci-dessous:

- | | | |
|---|--|---|
| 1 | L'ensemble de la prévoyance professionnelle de ses employés est réalisé auprès d'une seule institution de prévoyance et/ou il n'y a qu'un contrat d'affiliation auprès d'une institution de prévoyance. | Tous vos salariés déclarés en prévoyance professionnelle sont assurés uniquement auprès d'Artes & Comoedia. |
| 2 | Il n'y a pas d'éléments de salaire identiques qui sont assurés dans plusieurs plans de différentes institutions de prévoyance (il y a pour chaque collectif d'assurés une coordination des salaires assurés) | Une partie de vos salariés déclarés en prévoyance professionnelle sont assurés auprès d'Artes & Comoedia et d'autres de vos salariés sont assurés auprès d'une autre institution de prévoyance. Par exemple, vos salariés au bénéfice de contrat à durée déterminée (CDD) sont assurés auprès d'Artes & Comoedia et ceux avec un contrat de durée indéterminée (CDI) sont assurés auprès d'une autre institution de prévoyance. |
| 3 | Il y a des éléments de salaire identiques et/ou des salaires de certains collectifs d'assurés qui sont assurés dans plusieurs plans de différentes institutions de prévoyance. | Au moins un salarié déclaré en prévoyance professionnelle auprès d'Artes & Comoedia est aussi assuré, par vos soins , auprès d'une autre institution de prévoyance. |

Date et signature des documents

Lieu de signature

Date de signature

Une fois le formulaire complété, veuillez imprimer ce document. (Ctrl + P sous Windows)



**Fondation de prévoyance Artes & Comoedia
et / ou Fondation Comoedia**

Check-list de demande d'affiliation

Documents à transmettre avec la demande d'affiliation

Statuts de la société

Liste des membres du comité à la date de demande d'affiliation

Convention d'affiliation signée

Attestation de pleine capacité de travail signée

Les documents une fois complétés sont à retourner à Artes & Comoedia. L'envoi est à effectuer par poste ou par email.

Adresse email : info@fpac.ch

Adresse postale :
Fondation de prévoyance Artes & Comoedia
c/o Trianon SA
Ch. de la Redoute 54b
CH-1260 Nyon

SVP : Ne pasagrafer



Fondation de prévoyance
Artes & Comoedia et Fondation Comoedia
c/o Trianon SA
Ch. de la Redoute 54b
CH-1260 Nyon

info@fpac.ch / info@comoedia.ch
www.fpac.ch / www.comoedia.ch

Téléphone : 0848 731 570
Permanence téléphonique : Lundi - vendredi
8h30 - 12h00 et 13h30 - 16h45

Convention d'affiliation LPP - LAA/LAAC - AMPG

Entre

Fondation de prévoyance Artes & Comoedia et / ou Fondation Comoedia

Et (ci-après l'Employeur)

Nom ou raison sociale :

Forme juridique :

Date de constitution :

(Par exemple : Assemblée générale constitutive, inscription au Registre du Commerce, etc....)

c/o

Rue :

NPA, lieu, pays :

Personne de contact :

Email :

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Assurance prévoyance professionnelle (LPP)

La Fondation de prévoyance **Artes & Comoedia** est une fondation de prévoyance au sens des articles 331 du Code des Obligations et 48 de la Loi fédérale sur la Prévoyance Professionnelle du 25 juin 1982.

Par cette convention, l'Employeur déclare s'affilier à la Fondation de prévoyance **Artes & Comoedia** pour la couverture LPP des salariés suivants :

Cercle des personnes assurées :

Date de début de couverture :

**Assurance accidents de base (LAA) et accidents complémentaire (LAAC)
et / ou assurance maladie perte de gain (AMPG)**

La **Fondation Comoedia** regroupe des employeurs actifs dans les domaines des arts, de la culture, du spectacle et de l'audiovisuel afin de négocier des contrats d'assurance avec des prestations adaptées aux spécificités des métiers artistiques.

Par cette convention, l'Employeur déclare s'affilier à la Fondation Comoedia pour la / les couverture(s) d'assurance(s) suivante(s) :

Assurance accidents de base (LAA) et accidents complémentaire (LAAC)

Cercle des personnes assurées :

Date de début de couverture :

Assurance maladie perte de gain (AMPG)

Cercle des personnes assurées :

Date de début de couverture :

**Signatures des personnes autorisées à engager l'Employeur selon ses statuts ou
le Registre du Commerce**

Par sa signature, l'Employeur déclare avoir pris connaissance des Statuts et des Règlements relatifs aux Fondations concernées. Il entend se soumettre à leurs conditions, en particulier pour la LPP, à l'obligation de déclarer ses salariés assurés dès le 1er franc et dès le 1er jour de travail (les dispositions du Règlement de prévoyance en vigueur restent réservées), et pour la LAA/LAAC et l'AMPG, aux contrats conclus par la Fondation Comoedia (et leurs conditions générales) pour autant qu'il se soit affilié à l'une ou l'autre de ces couvertures.

Cette convention peut être dénoncée de part et d'autre par courrier recommandé dans un délai de 6 mois pour la fin d'une année. Si l'adresse de l'Employeur est inconnue, la Fondation peut dénoncer sa convention valablement dans la Feuille Officielle Suisse du Commerce (FOSC). Les Fondations se réservent le droit de facturer des frais conformément aux dispositions de l'article 20 de leur règlement d'organisation.

A défaut de dispositions réglementaires existantes, les règles générales de la législation en vigueur sont applicables.

Cette convention annule et remplace dès la date de signature toutes les autres conventions ayant déjà été signées entre les deux parties.

Lieu :

Date :

Nom :

Fonction :

Signature :

Veuillez laisser en blanc, réservé Comoedia / Artes & Comoedia

Fondation de prévoyance Artes & Comoedia et / ou Fondation Comoedia

Lausanne, le

Signature :

Signature :



Fondation de prévoyance
Artes & Comoedia et Fondation Comoedia
c/o Trianon SA
Ch. de la Redoute 54b

CH-1260 Nyon

info@fpac.ch / info@comoedia.ch
www.fpac.ch / www.comoedia.ch

Téléphone : 0848 731 570
Permanence téléphonique : Lundi - vendredi
8h30 - 12h00 et 13h30 - 16h45

Attestation de pleine capacité de travail

Par la présente, et de manière à pouvoir s'affilier à :

la Fondation de prévoyance Artes & Comoedia pour la LPP dès le

L'Employeur ci-après

Nom ou raison sociale :

Rue :

NPA, lieu, pays :

atteste que :

tout le personnel sous contrat à la / aux date(s) d'affiliation mentionnée(s) ci-dessus est en pleine capacité de travail, à l'exception des personnes suivantes :

Les informations ci-dessus sont également valables en cas d'affiliation rétroactive, et pour toute la période de rétroactivité.

Signatures des personnes autorisées à engager l'Employeur selon ses statuts ou le Registre du Commerce

Lieu :

Date :

Nom :

Fonction :

Signature :

Attestation de l'employeur conformément à l'art. 1a OPP 2

L'Employeur ci-après

Nom ou raison sociale :

Rue :

NPA, lieu, pays :

atteste que :

L'ensemble de la prévoyance professionnelle de ses employés est réalisé auprès d'une seule institution de prévoyance et/ou il n'y a qu'un contrat d'affiliation auprès d'une institution de prévoyance.

Il n'y a pas d'éléments de salaire identiques qui sont assurés dans plusieurs plans de différentes institutions de prévoyance (il y a pour chaque collectif d'assurés une coordination des salaires assurés)

Il y a des éléments de salaire identiques et/ou des salaires de certains collectifs d'assurés qui sont assurés dans plusieurs plans de différentes institutions de prévoyance.

Institution de prévoyance

Dénomination du règlement

Le respect du principe de l'adéquation sur l'ensemble des différentes institutions de prévoyance a été examiné et confirmé par l'expert ci-dessous (indiquer coordonnées) :

Signatures des personnes autorisées à engager l'Employeur selon ses statuts ou le Registre du Commerce

Lieu :

Date :

Nom :

Fonction :

Signature :