

## Formulaire d'inscription / Formulaire d'annulation Plans à choix selon l'art. 15 du règlement d'assurance 2025

Nom/prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Numéro d'assuré: \_\_\_\_\_

Employeur: \_\_\_\_\_

N° personnel: \_\_\_\_\_

### Explications / Informations

En vertu de l'art. 15 du règlement d'assurance de la CPV/CAP, je peux choisir entre le plan de base, le plan Épargne et le plan Épargne Plus. Par l'envoi du présent formulaire dûment complété et signé à la CPV/CAP, je confirme avoir pris connaissance de la possibilité du libre choix du plan et des points suivants:

- Les cotisations supplémentaires sont déduites directement de mon salaire par l'employeur.
- Le prochain changement de plan est possible au plus tôt au 1<sup>er</sup> janvier de la prochaine année civile.
- Les bonifications d'épargne supplémentaires sont gérées sur un compte séparé (avoir d'épargne) auprès de la CPV/CAP. Les bonifications d'épargne sont rémunérées à un taux d'intérêt fixé par le Conseil de fondation, qui peut varier du taux d'intérêt de l'avoir de vieillesse.
- En cas de sortie de la CPV/CAP sans versement d'une rente, l'avoir d'épargne est dû sous forme de prestation de libre passage.
- En cas de droit à des prestations d'invalidité, l'avoir d'épargne est versé avec solde à la survenance de l'invalidité sous forme de versement de capital unique en tenant compte du degré d'invalidité.
- En cas de droit à des prestations de vieillesse, l'avoir d'épargne est converti en rente de vieillesse aux mêmes conditions applicables pour l'avoir de vieillesse. Tout retrait sous forme de capital au lieu d'une rente doit être demandé au préalable par écrit (le dernier jour du contrat de travail en vigueur ou, en cas de retraite partielle, le dernier jour avant la modification du contrat).

**J'ai lu les explications/informations ci-dessus et opte pour le plan suivant:**

- Base            ☐    (cotisations de base)
- Épargne        ☐    (cotisation d'épargne supplémentaire de 1,5%)
- Épargne Plus   ☐    (cotisation d'épargne supplémentaire de 3%)

.....  
Lieu / Date

.....  
Signature de la personne assurée

**A renvoyer jusqu'au 28.11.2025 pour un changement de Plan dès le 01.01.2026**

**Envoyer à: CPV/CAP Caisse de pension Coop, Dornacherstrasse 156, 4002 Bâle**