

Formulaire de décompte pour les employeurs d'intermittents

Ce formulaire doit être retourné, rempli et signé, à l'adresse suivante:

Vorsorgestiftung Film und Audiovision, zH. Durchführung und Inkasso, Postfach 300, 8401 Winterthur, tél. 052/ 261 35 47

Employeur (débiteur): Saisir la raison sociale ou le nom et l'adresse ici, puis passer au champ suivant à l'aide de la touche de tabulation **Contrat n° /**

Année: Décompte pour 1^{er} trimestre: 1.1. – 31.3. 2^e trimestre: 1.4.-30.6. 3^e trimestre: 1.7.-30.9. 4^e trimestre: 1.10.-31.12.

N° d'assurance sociale	Nom et prénom	Sexe (m/f)	Date de naissance	Adresse	N° production ou mot clé	Durée d'emploi* semaine mois	Montant du salaire AVS	12% contribution-2 ^e pilier
------------------------	---------------	------------	-------------------	---------	--------------------------	------------------------------	------------------------	--

* Durée d'emploi (arrondir à la semaine) pour le salaire AVS indiqué, le minimum étant une semaine

Total salaire AVS/contribution 2^e pilier:

En payant les contributions à la caisse de pension, l'employeur remplit, pour le trimestre en question, son obligation de prévoyance pour le groupe de personnes annoncé à l'institution de prévoyance (assurance obligatoire selon art. 11 LPP et art. 7, al. 2 OPP 2; assurance facultative selon art. 46 LPP). Par sa signature, l'employeur confirme accepter les règlements de la Fondation de prévoyance.

Veillez vérifier que les personnes concernées ont bien été annoncées et qu'elles sont assurées auprès de la Vorsorgestiftung Film und Audiovision.

Relation bancaire: Credit Suisse, case postale, 8070 Zurich, compte postal 80-500-4, n° de compte 704635-11, n° de clearing 4835, IBAN CH86 0483 5070 4635 1100 0 (Bénéficiaire: Vorsorgestiftung Film und Audiovision, Josefstrasse 106, 8005 Zürich)

Les contributions sont dues **trimestriellement**, au plus tard jusqu'à la fin du mois suivant la fin du trimestre. Les contributions du 4^e trimestre doivent nous parvenir au plus tard le 31 janvier de l'année suivante pour qu'elles puissent être créditées au compte des personnes assurées.

L'employeur soussigné reconnaît devoir les contributions indiquées ci-dessus à la caisse de pension et s'engage à les payer.

Le présent formulaire signé équivaut à une reconnaissance de dette au sens de l'art. 82 LP.

Lieu: _____ Date: _____ Signature: _____