



## Demande de prestations MPR

### Informations importantes concernant la demande

#### Ont droit aux prestations les personnes qui :

- ont été soumises à l'obligation de cotiser pendant au moins 15 ans, dont les 7 dernières années précédant le début des prestations conformément à la CCT MPR Peinture-Plâtrerie ;
- sont aptes au travail dans l'étendue de leur activité exercée jusqu'au début de la rente ;
- se trouvent à 5 ans ou moins de l'âge ordinaire de référence AVS

#### Informations concernant le dépôt de la demande :

La demande de prestations doit être déposée **au plus tard 6 mois** avant le début souhaité de la rente, mais au plus tôt 12 mois avant celui-ci.

En cas de dépôt tardif de la demande, le début de la rente est reporté du délai correspondant.

### Personne requérante

_____	_____	
Nom	Prénom	
_____	_____	
Rue	NPA/Localité	
_____	_____	_____ <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> f
Date de naissance	N° d'assurance sociale (n° AVS)	Nationalité Sexe
_____	_____	<input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> IT
Téléphone	E-mail	Langue de correspondance souhaitée
Coordonnées bancaires*		
_____	_____	_____
IBAN	Titulaire du compte	Nom et localité de la banque
*Remarque: Les versements sont effectués exclusivement en francs suisses et uniquement en Suisse ou dans un État de l'UE/AELE.		

#### Personne de contact (si disponible, procuration incluse)

_____	_____	_____
Nom	Téléphone	E-Mail

### Rapport de travail actuel

Veuillez compléter la rubrique correspondante :

<input type="checkbox"/> <b>Emploi fixe / Collaborateur saisonnier</b>	_____	
	N° d'entreprise (GIMAFONDS)	
_____	_____	_____
Nom de l'entreprise	Employé depuis le	Fonction
_____	_____	_____
Personne de contact de l'employeur	Téléphone	E-Mail
<input type="checkbox"/> <b>Agence de placement (emploi temporaire)</b>		
_____	_____	_____
Nom de l'agence de placement	Employé depuis le	Fonction
_____	_____	_____
Personne de contact de l'agence	Téléphone	E-Mail
<input type="checkbox"/> <b>Caisse de chômage (ORP)</b>		
_____	_____	_____
Nom de l'office ORP	Inscrit depuis le	Fonction exercée précédemment
_____	_____	_____
Personne de contact ORP	Téléphone	E-Mail

**Réduction du taux d'activité**

En cas de retraite anticipée complète, le rapport de travail actuel prend entièrement fin auprès de l'employeur.

_____ %	_____ %	_____
Taux d'activité actuel	Nouveau taux d'activité	Réduction à partir du (toujours le 1 <sup>er</sup> jour du mois)
<input type="checkbox"/> Salaire mensuel <input type="checkbox"/> Salaire horaire	_____	
Salaire brut actuel (sans le 13 <sup>e</sup> salaire)	Salaire mensuel/taux horaire actuel	

**Capacité de travail**

Êtes-vous actuellement entièrement apte au travail?  Oui  Non  
Si non, percevez-vous une rente?  AI  SUVA  Caisse de pension \_\_\_\_\_  
Des procédures AI sont-elles actuellement en cours?  Oui  Non  
Nom de la caisse \_\_\_\_\_  
→ **Veillez joindre les décisions ou attestations de rente.**

Avez-vous été, au cours des 3 dernières années, partiellement ou totalement en incapacité de travail **pendant au moins un mois** sans interruption en raison de:

Accident	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	_____
		du	au
Maladie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	_____
		du	au
Autre motif	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	_____
		du	au

Explication du motif \_\_\_\_\_

**Documents obligatoires\***

**Première demande de rente MPR**

- Je ne perçois actuellement aucune rente MPR → je souhaite demander une rente MPR pour la première fois**
- Formulaire de demande de prestations MPR complété et signé
  - Certificats de travail/contrats de travail des 15 dernières années (y compris périodes d'emploi, taux d'activité et fonction)
  - Extrait actuel du compte individuel AVS (à demander auprès de la caisse de compensation AVS)
  - Copie du passeport ou de la carte d'identité
  - Toutes les fiches de salaire de l'année en cours **par employeur** (si plusieurs employeurs)
  - Une fiche de salaire pour chacune des trois dernières années **par employeur** (si plusieurs employeurs)
  - En cas d'incapacité de travail: décision AI actuelle ou décomptes LAA/IJM
  - Si disponibles: extraits de compte salaire de l'année en cours et des trois années précédentes

**Emplois via une agence de placement**

- Tous les contrats de mission ainsi que les fiches de salaire/relevés d'heures des 15 dernières années

**Pour les propriétaires/gérants (assujettissement volontaire)**

- Extrait actuel du registre du commerce (si disponible)

**Demande complémentaire de rente MPR**

- Je perçois déjà une rente MPR → je souhaite réduire à nouveau mon taux d'activité**
- Formulaire de demande de prestations MPR complété et signé
  - Une fiche de salaire mensuelle de l'année en cours
  - En cas d'incapacité de travail: décision AI actuelle ou décomptes LAA/IJM

\*Remarque: Selon la situation, la fondation se réserve le droit de demander des documents complémentaires.

# Contributions d'épargne LPP

## Condition de prestation

La Fondation MPR Peinture-Plâtrerie peut verser, en complément, des cotisations d'épargne LPP correspondant à 18 % de votre rente transitoire à votre institution de prévoyance professionnelle actuelle, pour autant que votre prévoyance LPP soit maintenue jusqu'à l'âge de référence AVS.

Ces cotisations d'épargne supplémentaires sont versées aussi bien en cas de réduction partielle qu'en cas de réduction complète de votre taux d'activité.

Aucune cotisation LPP n'est due, ni par vous ni par votre employeur, sur la part du taux d'activité réduite (part de réduction). Les cotisations LPP ordinaires ne restent dues que sur le taux d'activité maintenu.

**Important : Si vous percevez votre avoir LPP de manière anticipée sous forme de rente ou de capital (versement anticipé), vous perdez le droit à ces cotisations d'épargne LPP supplémentaires.**

## Informations concernant l'institution de prévoyance LPP

Les soussigné-e-s consentent à ce que la Fondation MPR Peinture-Plâtrerie transmette les données de la demande, ou une partie de celles-ci, à l'institution de prévoyance compétente.

**Coordonnées et adresse de paiement de l'institution de prévoyance LPP actuelle de l'entreprise (à indiquer également en cas de perception anticipée de prestations de vieillesse LPP) :**

\_\_\_\_\_  
Nom de l'institution de prévoyance

\_\_\_\_\_  
Numéro de contrat de votre prévoyance

\_\_\_\_\_  
Adresse postale (adresse / case postale, NPA, localité)

\_\_\_\_\_  
Personne de contact (nom, tél. / fax / e-mail)

\_\_\_\_\_  
Coordonnées de paiement (banque / poste, IBAN / compte postal)

## Type de prestations demandé / type souhaité de maintien de la prévoyance LPP

Veillez cocher la catégorie correspondante :

**Maintien de la prévoyance LPP**

Je souhaite que ma prévoyance LPP soit maintenue auprès de la caisse de pension actuelle ou – si cela n'est pas possible – auprès d'une fondation de libre passage.

La Fondation MPR Peinture-Plâtrerie peut apporter son soutien dans le choix d'une fondation de libre passage appropriée, si un versement à l'institution de libre passage actuelle ou à la caisse de pension actuelle ne devait pas être possible.

**Versement anticipé / début de la rente LPP**

\_\_\_\_\_  
Date du versement anticipé / début de la rente LPP

Je perçois mes prestations de vieillesse LPP sous forme de rente ou de capital et renonce ainsi à la poursuite des cotisations d'épargne LPP par la Fondation MPR Peinture-Plâtrerie.

---

**Déclaration  
de protection  
des données**

Le traitement des données a pour double objectif de clarifier et de fournir les prestations prévues par le contrat. Les dispositions en matière de protection des données de la Fondation MPR Peinture-plâtrerie sont applicables (Déclaration de protection des données de la Fondation MPR Peinture-plâtrerie: [lien](#) <sup>1)</sup>). Les soussigné-e-s confirment avoir pris connaissance de ladite Déclaration de protection des données et déclarent accepter notamment le traitement de données sur la santé, le cas échéant.

---

**Confirmation  
des données**

Les personnes soussignées confirment l'exhaustivité et l'exactitude de toutes les informations fournies. Elles prennent acte que l'omission d'informations ou l'indication de données inexacts peut donner lieu à des réductions des prestations ou à des demandes de remboursement. Demeurent en outre réservées des sanctions en vertu de l'art. 23 CCT-MPR.

---

**Signature  
de l'employeur**

Je confirme l'exhaustivité et l'exactitude de toutes les informations fournies et accepte la retraite anticipée prévue de mon employé-e.

\_\_\_\_\_  
Lieu, date

\_\_\_\_\_  
Timbre de l'entreprise et signature de l'employeur  
(ne s'applique pas en cas de demande déposée depuis une situation de chômage)

---

**Signature  
de la personne  
requérante**

L'employé-e accepte les dispositions convenues.

\_\_\_\_\_  
Lieu, date

\_\_\_\_\_  
Signature de l'employé-e

**Pour les mandataires externes, veuillez joindre une procuration.**

---

**Envoyer à**

Fondation MPR Plâtrerie-peinture  
Oberwiesenstrasse 2  
8304 Wallisellen

Téléphone 044 244 41 50  
E-Mail [malergipser@vrmservices.ch](mailto:malergipser@vrmservices.ch)  
[www.vrm-malergipser.ch](http://www.vrm-malergipser.ch)