

Règlement de prévoyance

pour médecins indépendants

Valable à partir du 1^{er} janvier 2024



Sommaire

1	But et définitions	5
1.1	But	5
1.2	Définitions	5
1.3	Organisation	5
2	Responsabilité, garantie	5
2.1	Responsabilité de la fondation	5
2.2	Garantie	5
3	Inaliénabilité des droits	5
3.1	Droits inaliénables	5
3.2	Utilisation des prestations	5
4	Admission à la prévoyance / plan de prévoyance	6
4.1	Conditions d'admission	6
4.2	Plan de prévoyance	6
4.3	Conditions d'assurance	6
4.4	Maintien de l'assurance après l'âge de référence réglementaire	6
4.5	Parties de revenu pouvant être assurées	7
5	Dispositions générales et définitions	7
5.1	Détermination de l'âge	7
5.2	Âge de référence réglementaire	7
5.3	Notion d'invalidité	7
5.4	Invalidité partielle	7
5.5	Mesures de réadaptation	7
5.6	Obligation de renseigner et de déclarer	8
5.7	Responsabilité	8
5.8	Certificat d'assurance	8
5.9	Information annuelle	8
5.10	Rapport annuel	8
5.11	Versement	8
5.12	Prestation de vieillesse	8
5.13	Rente d'invalidité	8
5.14	Prestations de décès	8
5.15	Congé non payé	8
6	Revenu assuré	9
6.1	Base de calcul	9
6.2	Limitation	9
6.3	Adaptation du revenu annuel	9
6.4	Revenu déterminant des personnes partiellement invalides	9
6.5	Invalidité totale	9
7	Rapport avec d'autres assurances	9

7.1	Limitation des prestations en cas d'accident et d'évènement du ressort de la LAM	9
7.2	Surassurance	9
7.3	Obligation de cession pour prestations de responsabilité civile	10
7.4	Conditions d'une réduction de prestations	10
7.5	Obligation de prise en charge provisoire des prestations	10
8	Cession / Mise en gage ou versement anticipé pour l'acquisition de la propriété du logement	10
8.1	Formes autorisées de l'encouragement à la propriété du logement	10
8.2	Consentement écrit du conjoint / du partenaire enregistré	10
8.3	Conditions d'octroi	11
8.4	Montant du versement anticipé minimal	11
8.5	Assujettissement à l'impôt	11
8.6	Délai d'attente après le versement	11
8.7	Remboursement facultatif	11
8.8	Obligation de remboursement	11
8.9	Droit de demande de restitution d'impôts payés	11
8.10	Prestations après le remboursement	11
8.11	Débit du versement anticipé	11
8.12	Frais de dossier	11
8.13	Autres dispositions	12
9	Compte d'épargne	12
9.1	Les éléments constitutifs du compte d'épargne individuel	12
9.2	Placements	12
9.3	Directives de placement	12
9.4	Intérêts et taux d'intérêt	12
9.5	Intérêts en cas de départ	12
10	Cotisations d'épargne	13
10.1	Montant des cotisations annuelles	13
10.2	Début et fin des cotisations	13
10.3	Rachat	13
11	Prestations de prévoyance	14
11.1	Prestations à verser par la fondation	14
11.2	Montant des prestations	14
12	Prestation de vieillesse	14
12.1	Droit à la prestation de vieillesse	14
12.2	Forme de la prestation	14
12.3	Montant du capital vieillesse	14
12.4	Versement du capital vieillesse	14
13	Prestations de décès	14
13.1	Droit aux prestations de décès	14

13.2	Ayants droit	15
13.3	Validité de la désignation de bénéficiaires	15
13.4	Parts du capital-décès non attribuées	16
13.5	Montant du capital-décès	16
13.6	Capital-décès supplémentaire	16
13.7	Forme de la prestation	16
14	Prestations d'invalidité	16
14.1	Droit à des prestations d'invalidité	16
14.2	Début du droit	16
14.3	Fin du droit	16
14.4	Montant de la prestation d'invalidité	16
15	Dissolution anticipée des rapports de prévoyance	16
15.1	Droit à la prestation de libre passage (PLP)	16
15.2	Montant de la prestation de libre passage	16
15.3	Transfert de la prestation de libre passage	16
15.4	Paiement en espèces de la PLP	17
15.5	Obligation d'informer la fondation	17
15.6	Divorce	17
15.7	Divorce avec droit au partage de la prévoyance professionnelle	17
15.8	Liquidation partielle	18
15.9	Prolongation de la couverture d'assurance	18
15.10	Obligation de restituer la prestation de libre passage en cas d'invalidité	18
15.11	Retraite partielle	19
16	Financement	19
16.1	Moyens de financement	19
16.2	Durée de l'obligation de cotiser	19
16.3	Exonération du paiement des cotisations	19
17	Fortune et équilibre financier	19
17.1	Garantie des engagements	19
17.2	Obligation de diligence	19
17.3	Examen actuariel	20
17.4	But de l'expertise	20
17.5	Découvert technique / assainissement	20
17.6	Tenue des comptes	20
18	Modifications, lacunes dans le règlement, litiges	20
18.1	Réserve en cas de modification	20
18.2	Lacunes dans le règlement	21
18.3	Litiges	21
19	Entrée en vigueur	21

1 But et définitions

1.1 But

Sous le nom de «Vorsorgestiftung VLSS», est créée par l'Association des Médecins Dirigeants d'Hôpitaux de Suisse (VLSS) une fondation au sens des art. 80 ss CC et 331 CO afin de protéger les membres affiliés de l'association ainsi que, chez les hôpitaux affiliés, les médecins cadres salariés, les médecins de cabinets de groupe salariés, les dentistes salariés ainsi que d'autres médecins indépendants - et le cas échéant leurs familles - en complément à la prévoyance professionnelle selon la LPP et dans le cadre du présent règlement contre les conséquences économiques de la vieillesse, de l'invalidité et du décès.

La Fondation pour la prévoyance professionnelle des Médecins Dirigeants d'Hôpitaux de Suisse ne fournit pas de prestations obligatoires selon la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP).

1.2 Définitions

Le présent règlement utilise les termes suivants :

- «association» pour l'Association des Médecins Dirigeants d'Hôpitaux de Suisse,
- «fondation resp. Vorsorgestiftung VLSS» pour la Fondation pour la prévoyance professionnelle des Médecins Dirigeants d'Hôpitaux de Suisse,
- «personne assurée» pour les personnes qui ont été admises à la prévoyance de la fondation au sens de l'art. 4 du présent règlement.

1.3 Organisation

L'organisation de la fondation est règlementée dans l'acte de fondation et dans un règlement de gestion séparé.

2 Responsabilité, garantie

2.1 Responsabilité de la fondation

Sous réserve de l'art. 52 LPP, les engagements de la fondation sont garantis par sa propre fortune.

2.2 Garantie

Pour garantir les prestations d'assurance prévues, les risques de vieillesse, d'invalidité et de décès peuvent être réassurés en totalité ou en partie auprès de compagnies d'assurance, la fondation devant alors être désignée comme preneur d'assurance et bénéficiaire.

3 Inaliénabilité des droits

3.1 Droits inaliénables

Toutes les prestations découlant du présent règlement sont destinées exclusivement au besoin personnel de la personne assurée ou de ses survivants et des personnes à l'entretien desquelles elle pourvoyait de manière prépondérante. Sous réserve des dispositions de l'art. 8, les prestations ne peuvent être ni perçues à l'avance, ni cédées à des tiers, ni mises en gage et elles ne sont pas soumises à l'exécution forcée dans le cadre des dispositions légales.

3.2 Utilisation des prestations

Les prestations de la fondation qui, selon le présent règlement, ne doivent pas être versées à la personne assurée ou à ses survivants, reviennent à la fondation qui est tenue de les affecter à des buts de prévoyance.

4 Admission à la prévoyance / plan de prévoyance

4.1 Conditions d'admission

Le cercle des personnes assurées selon le présent règlement comprend les médecins cadres d'un hôpital, les médecins de cabinets de groupe, les dentistes ainsi que d'autres médecins indépendants qui perçoivent une partie de leurs revenus sur la base de leur activité de médecins indépendants et qui sont déjà assurés ailleurs pour la prévoyance professionnelle obligatoire selon la LPP. Le demandeur peut s'affilier à tout moment en signant la convention d'affiliation, l'admission ayant lieu au plus tôt le 1^{er} janvier suivant la date à laquelle il a eu 24 ans. L'admission à la Vorsorgestiftung VLSS présuppose l'assurance dans une institution de prévoyance de base selon la LPP.

4.2 Plan de prévoyance

Au moment de son admission, le demandeur peut choisir entre les plans de prévoyance 1 et 2 avec les variantes de risque MINI, MIDI et MAXI (voir Annexe 1), sous les réserves suivantes :

- le changement de plan de prévoyance ou le passage à une autre catégorie de risque est possible une fois par année;
- le changement de plan ou de catégorie de risque entre en vigueur au 1^{er} du mois qui suit;
- la fondation peut décider d'introduire d'autres plans pour indépendants. Dans ce cas, les dispositions légales relatives à l'adéquation (art. 1 OPP 2) doivent strictement être respectées.

4.3 Conditions d'assurance

N'est pas admis à l'assurance :

- le demandeur qui a déjà atteint ou dépassé l'âge de référence réglementaire (art. 5.2), sauf s'il maintient l'assurance selon l'art. 4.4.,
- le demandeur totalement invalide au sens de l'assurance-invalidité fédérale (AI),
- le demandeur qui reste assuré provisoirement au sens de l'art. 26a de la LPP.

L'assurance de prestations non acquises au moyen des prestations de libre passage apportées présuppose que la personne à assurer dispose de sa pleine capacité de travail. Dans les cas particuliers, un examen médical sera effectué. Le résultat de cet examen peut entraîner une réserve quant aux prestations en rapport avec une certaine maladie, un accident ou de ses séquelles. La réserve s'éteint, si l'incapacité de travail à l'origine d'une invalidité ou d'un décès ne survient pas dans un délai de cinq ans à compter de l'admission à la prévoyance.

Les prestations acquises au moyen des prestations de libre passage ne sont concernées par une réserve éventuelle pour raisons de santé que dans la mesure où une telle réserve existait déjà et si la durée de cette réserve, limitée à cinq ans, n'est pas encore écoulée.

Si une personne à assurer ne dispose pas de son entière capacité de travail au moment de son admission à la prévoyance, sans pour autant être invalide au sens du présent règlement (art. 5.3), la disposition suivante s'applique :

Si la cause de cette incapacité de travail est à l'origine d'une invalidité ou d'un décès, les prestations prévues dans le présent règlement ne sont pas dues.

4.4 Maintien de l'assurance après l'âge de référence réglementaire

Si la personne assurée atteint l'âge de référence réglementaire, le revenu qu'elle continue à percevoir sur la base de son activité de médecin indépendant peut rester assuré auprès de la Vorsorgestiftung VLSS, au maximum jusqu'à concurrence du revenu effectif et au plus tard jusqu'à la date où elle atteint l'âge de 70 ans. Le maintien de l'assurance présuppose que l'assurance est également maintenue dans l'assurance de base LPP en vertu de l'art. 33b LPP. Si l'assurance est maintenue après l'âge de référence réglementaire, le dernier niveau de cotisation avant l'âge de référence réglementaire s'applique. Aucune cotisation de risque ne sera prélevée. Si l'assurance est maintenue après l'âge de référence réglementaire, le capital-décès correspond au capital épargné.

Les parties de revenu qui sont perçues sur la base d'une activité en qualité de médecin salarié sont assurées selon le règlement de prévoyance pour médecins cadres d'hôpitaux, de cliniques et de cabinets

de groupe affiliés.

4.5 Parties de revenu pouvant être assurées

En tout cas, ne peuvent être assurées que les parties du revenu AVS qui sont supérieures au montant maximum selon l'art. 1e OPP 2 (en 2023 = CHF 132 300).

5 Dispositions générales et définitions

5.1 Détermination de l'âge

L'âge servant au calcul des cotisations au sens de l'art. 16 correspond à la différence entre l'année civile en cours et l'année de naissance de la personne assurée.

5.2 Âge de référence réglementaire

Sauf disposition contraire dans le plan de prévoyance, l'âge de référence réglementaire est atteint le 1^{er} du mois qui suit celui où la personne assurée atteint l'âge de référence de l'AVS (sans tenir compte des dispositions transitoires à la modification du 17 décembre 2021 (AVS21). La retraite anticipée est possible. Elle a lieu à la demande de la personne assurée entre l'âge de 58 ans révolus et l'âge de référence réglementaire. La prévoyance peut être maintenue jusqu'à la fin de l'activité lucrative, au plus tard toutefois jusqu'à l'âge de 70 ans. Plus aucune cotisation de risque ne sera prélevée pendant la période d'ajournement. Le dernier niveau de cotisation avant l'âge de référence réglementaire s'applique.

5.3 Notion d'invalidité

Il y a invalidité lorsque la personne assurée est invalide au sens de l'AI ou lorsqu'il est médicalement établi, sur la base de signes objectifs que, par suite de maladie ou d'accident (y compris le déclin des facultés mentales et physiques) ou de lésion corporelle involontaire, elle n'est totalement ou partiellement plus en mesure d'exercer sa profession actuelle ou une autre activité lucrative conforme à sa position sociale, à ses connaissances et à ses aptitudes.

5.4 Invalidité partielle

Si la personne assurée est partiellement invalide, les prestations d'invalidité calculées en fonction d'une invalidité totale lui sont accordées proportionnellement au degré de son invalidité.

La personne assurée a droit à

- une rente entière d'invalidité si elle est invalide à raison de 70 % au moins au sens de l'AI,
- trois quarts de rente si elle est invalide à raison de 60 % au moins,
- à une rente correspondant au degré de son invalidité si celle-ci est inférieure à 60 %.

Un degré d'invalidité de moins de 25 % ne donne pas naissance au droit à des prestations.

Le degré d'invalidité correspond au moins au degré d'invalidité fixé par l'AI.

Si l'invalidité a été causée ou aggravée volontairement ou si la personne assurée prend part activement à une guerre ou à des événements ou troubles ayant le caractère d'une guerre, sans que la Suisse soit elle-même en guerre ou impliquée dans de tels troubles, aucune prestation d'invalidité ne sera accordée.

5.5 Mesures de réadaptation

Si, en vertu de l'art. 26a LPP, la rente de l'AI est réduite ou supprimée du fait de l'abaissement du taux d'invalidité, la personne assurée reste assurée auprès de la fondation aux mêmes conditions pendant trois ans pour autant qu'elle ait, avant la réduction ou la suppression de sa rente, participé à des mesures de réadaptation selon l'art. 8 LAI ou que sa rente ait été réduite ou supprimée du fait de la reprise d'une activité lucrative ou d'une augmentation de son taux d'occupation.

La couverture d'assurance et le droit aux prestations sont également maintenus aussi longtemps que la personne assurée perçoit une prestation transitoire selon l'art. 32 LAI.

Pendant la période de maintien de la prévoyance et du droit aux prestations, la fondation peut réduire la

rente d'invalidité jusqu'à concurrence du montant des prestations d'invalidité correspondant au taux d'invalidité réduit, mais uniquement dans la mesure où la réduction est compensée par un revenu supplémentaire réalisé par la personne assurée.

Dans le cadre du maintien provisoire de l'assurance dans la même mesure que précédemment, les personnes assurées concernées sont considérées comme étant invalides au sens du présent règlement.

5.6 Obligation de renseigner et de déclarer

La personne assurée et ses survivants sont tenus de fournir à tout moment des renseignements conformes à la vérité sur les circonstances ayant une incidence sur la prévoyance et de produire les documents requis pour justifier leurs prétentions à des prestations d'assurance. Doivent être annoncés sans délai en particulier :

- le mariage, le remariage ou le divorce de la personne assurée,
- les revenus qui ont une incidence sur l'obligation de la fondation de fournir des prestations,
- toutes les décisions d'institutions d'assurances sociales ayant une incidence sur la prévoyance,
- le décès d'une personne au bénéfice d'une rente.

5.7 Responsabilité

La fondation décline toute responsabilité pour les conséquences qui pourraient résulter d'une inobservation des obligations susmentionnées. Les prestations perçues à tort doivent être remboursées ; elles peuvent être compensées avec des prétentions futures.

5.8 Certificat d'assurance

Chaque année la personne assurée reçoit de la fondation un certificat d'assurance (certificat de prévoyance) indiquant les prestations assurées, les cotisations et la prestation réglementaire de sortie selon l'art. 15.2 du présent règlement.

5.9 Information annuelle

La personne assurée a le droit d'être informée au sujet de l'organisation, de la sécurité financière de la fondation et de la composition du Conseil de fondation.

5.10 Rapport annuel

Les personnes assurées et les bénéficiaires de rentes peuvent demander un exemplaire du rapport annuel détaillé de la fondation.

5.11 Versement

La fondation verse les prestations dues au domicile suisse des ayants droit ou à leurs domiciles dans un pays de l'UE ou de l'AELE, à défaut d'un tel domicile au siège de la fondation.

5.12 Prestation de vieillesse

La prestation de vieillesse prévue est versée uniquement sous forme de capital.

5.13 Rente d'invalidité

Les rentes d'invalidités prévues dépendent du plan de prévoyance et sont versées mensuellement à terme échu. Les rentes perçues après la date d'extinction du droit à la rente doivent être remboursées.

5.14 Prestations de décès

Les prestations de décès sont versées sous forme de capital.

5.15 Congé non payé

Pendant 12 mois au maximum, il est possible de maintenir la prévoyance en cas de congé non payé en informant préalablement la fondation par écrit. Le congé non payé commence après le dernier jour de travail le premier jour du mois suivant et doit durer au moins un mois complet. En cas de reprise du travail, le congé non payé prend fin le dernier jour du mois précédent.

La personne assurée choisit :

- a) la suspension complète de l'obligation de cotiser
- b) elle prend en charge la totalité des cotisations de l'employé et de l'employeur

Si l'on choisit la variante a), l'assurance risque est également suspendue pour la période du congé non payé.

Sauf avis contraire à la fondation, la variante a) s'applique en cas d'annonce d'un congé non payé. La facturation a lieu au même rythme et à la même échéance que la facturation ordinaire en dehors du congé non payé (voir art. 16.1).

6 Revenu assuré

6.1 Base de calcul

Le revenu annuel est calculé sur la base du revenu annuel déterminant de l'AVS (revenu supplémentaire) perçu au 1^{er} janvier ou au moment de l'admission à la fondation, qui découle de l'activité médicale et qui est considéré comme revenu provenant d'une activité lucrative indépendante. Aucun élément constitutif du salaire inférieur à 1,5 fois le montant limite supérieur selon la LPP n'est assuré.

6.2 Limitation

Le revenu assuré au total de tous les rapports de prévoyance professionnelle existants ne peut pas dépasser le revenu soumis à l'AVS et le décuple du montant limite supérieur LPP.

Les personnes assurées qui ont assuré leurs revenus résultant d'une activité lucrative indépendante ou d'une activité à titre d'employé chez plusieurs institutions de prévoyance confirment chaque année à la fondation que leurs revenus assurés, au total, ne dépassent pas le montant limite. La fondation peut en outre exiger que les personnes assurées divulguent l'ensemble de leurs rapports de prévoyance ainsi que les salaires et revenus qui y sont assurés.

6.3 Adaptation du revenu annuel

En cas de modification du revenu assuré en cours d'année, les prestations assurées et les cotisations sont, en règle générale, adaptées au 1^{er} janvier de l'année suivante.

6.4 Revenu déterminant des personnes partiellement invalides

Si une personne assurée est déclarée partiellement invalide au sens de l'art. 5.3., l'assurance est scindée en deux parties : l'une correspondant au degré d'invalidité, et pour laquelle le revenu déterminant reste constant, et l'autre correspondant au degré de capacité de gain. Pour cette deuxième partie de l'assurance, le revenu déterminant est calculé selon les dispositions du présent article sur la base du revenu correspondant à l'activité lucrative.

6.5 Invalidité totale

Il n'est toutefois pas prévu d'adaptation pour les personnes totalement invalides. En cas de sinistre, les adaptations induites effectuées sont sans effet.

7 Rapport avec d'autres assurances

7.1 Limitation des prestations en cas d'accident et d'évènement du ressort de la LAM

Les prestations découlant du présent règlement sont versées, sous réserve de l'art. 7.4, qu'il s'agisse ou non d'un cas d'assurance selon la loi fédérale sur l'assurance accident (LAA) ou selon la loi fédérale sur l'assurance militaire (LAM).

7.2 Surassurance

Les prestations en cas de décès ou d'invalidité au sens du présent règlement sont réduites dans la mesure où, ajoutées à des prestations de tiers, telles que

- les prestations de l'AVS/AI, de l'assurance accident selon la LAA, de l'assurance militaire selon la LAM, les prestations d'une autre institution de prévoyance, les prestations d'une autre assurance à laquelle l'hôpital a payé des primes ou les prestations d'assurances sociales étrangères,

ainsi qu'à d'éventuels paiements de salaires et de revenus provenant d'une activité lucrative pouvant être raisonnablement obtenus, elles dépasseraient 100 % de la perte présumée du revenu.

Les revenus du conjoint survivant ou du partenaire enregistré survivant ainsi que des orphelins sont additionnés et pris en compte. Les indemnités uniques sont converties en rentes actuariellement équivalentes.

Les prestations ou parties de prestations non exigibles en vertu des dispositions qui précèdent sont acquises à la fondation et utilisées conformément à l'art. 3.2.

La réduction d'autres prestations (en particulier celles de l'assurance accident obligatoire, de l'assurance militaire ou d'assureurs étrangers comparables) avant l'âge de référence réglementaire ou au moment où cet âge est atteint tout comme la réduction ou le refus d'autres prestations par suite de manquement ne sont pas compensés.

7.3 Obligation de cession pour prestations de responsabilité civile

Si une personne assurée peut prétendre à des prestations d'invalidité ou de décès et si pour le même sinistre elle a des droits envers des tiers responsables, la fondation est, en règle générale, subrogée aux droits jusqu'à concurrence des prestations réglementaires.

7.4 Conditions d'une réduction de prestations

Lorsque l'AVS/AI réduit ou retire ses prestations parce que l'invalidité ou le décès a été provoqué par une faute grave de l'ayant droit ou parce que celui-ci s'oppose à une mesure de réadaptation de l'AI, la fondation peut réduire ses prestations dans les mêmes proportions.

7.5 Obligation de prise en charge provisoire des prestations

La fondation n'est soumise à aucune obligation de prise en charge provisoire des prestations selon l'art. 26 al. 4 LPP.

8 Cession / Mise en gage ou versement anticipé pour l'acquisition de la propriété du logement

8.1 Formes autorisées de l'encouragement à la propriété du logement

Dans les limites de l'art. 3.1 et sous respect des autres dispositions légales et d'exécution (art. 331d et 331e CO), la personne assurée peut mettre en gage son droit aux prestations de vieillesse, d'invalidité et de survivants ou demander le versement anticipé d'un montant jusqu'à concurrence de sa prestation de libre passage pour

- l'achat d'un logement ou la construction d'un logement en propriété,
- l'achat de parts sociales de coopératives de construction ou de formes similaires de participation,
- le remboursement total ou partiel d'un prêt hypothécaire.

La mise en gage et le versement anticipé sont toutefois soumis à la condition que le logement en propriété (appartement, maison familiale ou parties d'autres immeubles destinées à servir de logement) soit habité par la personne assurée à son domicile.

Si la personne assurée a effectué un rachat pour améliorer sa couverture de prévoyance, la partie de l'avoir de vieillesse ainsi financée ne peut être affectée à un versement anticipé qu'après l'expiration d'un délai de trois ans depuis le rachat.

8.2 Consentement écrit du conjoint / du partenaire enregistré

Chez les personnes mariées ou liées par un partenariat enregistré, la mise en gage ou le versement anticipé nécessite le consentement écrit du conjoint ou du partenaire dont la signature doit être légalisée.

8.3 Conditions d'octroi

La mise en gage ou le versement anticipé sont autorisés jusqu'à trois ans avant la naissance du droit aux prestations de vieillesse. Ils sont limités à un montant maximum. Celui-ci correspond

- jusqu'au 50^e anniversaire révolu, à la prestation de libre passage à laquelle la personne assurée aurait droit lors de son départ conformément à l'art. 15 de ce règlement,
- après le 50^e anniversaire révolu, à la prestation de libre passage à laquelle la personne assurée aurait eu droit à l'âge de 50 ans révolus ou à la moitié de la prestation de libre passage à laquelle elle aurait droit lors de son départ conformément à l'art. 15 de ce règlement.

8.4 Montant du versement anticipé minimal

Pour le versement anticipé et son remboursement en tranches, le Conseil fédéral a fixé un montant minimal de 20 000 francs et en cas de remboursement de 10 000 francs. Cette limite, toutefois, ne s'applique pas à l'acquisition de parts de coopératives de construction ou de participations similaires.

8.5 Assujettissement à l'impôt

La personne assurée doit déclarer séparément des autres revenus, au moment du versement sous forme de capital, le montant perçu par anticipation ou la réalisation du gage des droits aux prestations ou de la prestation de libre passage mis en gage selon l'art. 8.1.

8.6 Délai d'attente après le versement

Un nouveau versement anticipé est possible au plus tôt cinq ans après le dernier versement. Pour le calcul du nouveau versement anticipé maximal, les montants déjà perçus sont déduits de la prestation de libre passage au sens de l'art. 15. Pour déterminer le montant maximal chez les personnes de plus de 50 ans, la limitation à la moitié est effectuée après déduction des montants déjà perçus de la prestation de libre passage.

8.7 Remboursement facultatif

La personne assurée peut rembourser le versement anticipé en une ou plusieurs tranches, au plus tard jusqu'à la naissance du droit aux prestations de vieillesse, jusqu'au début d'une incapacité de gain, jusqu'au décès ou jusqu'au versement en espèces de la prestation de libre passage.

8.8 Obligation de remboursement

La personne assurée qui vend son logement en propriété ou qui concède sur celui-ci des droits équivalant économiquement à une aliénation, est tenue de rembourser en une seule tranche le montant perçu.

8.9 Droit de demande de restitution d'impôts payés

En cas de remboursement, intégral ou partiel, du versement anticipé ou du produit de la réalisation du gage, la personne assurée peut exiger le remboursement des impôts payés, ou de la partie de ceux-ci, qui correspondent au remboursement. Elle adressera sa requête par écrit à l'autorité fiscale du canton qui les a prélevés.

8.10 Prestations après le remboursement

Le remboursement du montant perçu par anticipation est porté au crédit du compte d'épargne individuel de la personne assurée. Les prestations dont le montant avait été réduit du fait du versement anticipé sont déterminées à nouveau d'après le règlement de prévoyance en vigueur au moment du remboursement.

8.11 Débit du versement anticipé

Le versement anticipé est porté au débit du compte d'épargne individuel de la personne assurée. Il en résulte une réduction du montant de la prestation de vieillesse et des prestations de décès.

8.12 Frais de dossier

En cas de versement anticipé ou de mise en gage, la fondation prélève des frais de dossier de 250 francs pour le travail administratif occasionné. D'autres frais occasionnés par le versement anticipé ou la mise en gage sont également facturés à la personne assurée. La fondation peut à tout moment adapter le montant de ces frais.

8.13 Autres dispositions

Sont par ailleurs déterminantes les dispositions des art. 331d et 331e du Code des obligations.

9 Compte d'épargne

9.1 Les éléments constitutifs du compte d'épargne individuel

Un compte d'épargne individuel est ouvert pour chaque personne assurée.

Sont portés au crédit de ce compte :

- les cotisations d'épargne,
- la performance nette au prorata (plus-values) de la stratégie de placement sous-jacente,
- les prestations de libre passage provenant de précédents rapports de prévoyance,
- les rachats supplémentaires facultatifs de la personne assurée (art. 10.3),
- la prestation de libre passage qui, en raison d'un divorce ou de la dissolution judiciaire du partenariat enregistré, doit être transférée en faveur de la personne assurée,
- les remboursements de versements anticipés pour la propriété du logement.

Sont portés au débit du compte d'épargne :

- la performance nette au prorata (moins-values) de la stratégie de placement sous-jacente,
- le versement anticipé pour la propriété du logement ou le montant mis en gage en raison de la réalisation du gage,
- la prestation de libre passage qui, en raison d'un divorce ou de la dissolution judiciaire du partenariat enregistré, doit être transférée à l'institution de prévoyance du conjoint divorcé ou du partenaire enregistré.

Si, pour les assurés, des prestations de libre passage d'autres institutions de prévoyances sont transférées suite à la suppression du revenu indépendant, la partie obligatoire selon la LPP est utilisée pour ouvrir un compte de libre passage.

9.2 Placements

La fondation propose différents fonds de placement. La personne assurée peut choisir la manière selon laquelle les capitaux de son compte sont investis, en observant les prescriptions de placement en vigueur. Elle peut modifier périodiquement son portefeuille de placements conformément aux directives du Conseil de fondation.

9.3 Directives de placement

Les directives de placement ainsi que les dispositions en matière de transactions sont définies dans le règlement de placement.

9.4 Intérêts et taux d'intérêt

Les plus et les moins-values des instruments de placement sous-jacents (performance nette) sont compensées avec l'avoir du compte d'épargne.

9.5 Intérêts en cas de départ

Si la personne assurée quitte la prévoyance en cours ou en fin d'année (par exemple en cas de libre passage, en cas de décès ou par suite du versement des prestations de vieillesse), la performance nette réalisée jusqu'à la fin du mois de la sortie est bonifiée en fonction de la stratégie de placement choisie (intérêts YTD). En général, le versement ou le virement à la nouvelle institution de prévoyance a lieu dans les 3 semaines qui suivent la date à laquelle la performance mensuelle est connue. Aucun intérêt n'est dû pour la période allant de la date de la sortie jusqu'à la date du virement. Cela vaut également si la sortie de la personne assurée est annoncée tardivement.

10 Cotisations d'épargne

10.1 Montant des cotisations annuelles

Le montant des cotisations d'épargne est défini dans le plan de prévoyance (voir annexe 1).

10.2 Début et fin des cotisations

Les cotisations d'épargne sont prélevées au plus tôt à partir du 1^{er} janvier qui suit le 24^e anniversaire révolu de la personne assurée.

10.3 Rachat

Dans le cadre des dispositions ci-après, la personne assurée a la possibilité d'améliorer en tout temps sa prestation de vieillesse et, le cas échéant, les autres prestations au moyen d'un rachat.

- 10.3.1 Aucun intérêt ne doit être pris en considération pour le calcul.
- 10.3.2 Lors du calcul du montant du rachat, il y a lieu de tenir compte, selon l'art. 60a OPP2, des avoirs de prévoyance qui restent dans l'Institution de prévoyance actuelle, des éventuels comptes de libre passage ou polices de libre passage qui ne sont pas déposées chez l'institution de libre passage ainsi que des avoirs du pilier 3a accumulés dans le cadre d'une activité indépendante. Additionné à ces prestations et à un éventuel rachat, le solde du compte d'épargne ne doit pas dépasser le montant maximum du capital d'épargne indiqué dans le tableau «Rachat».
- 10.3.3 Pour les personnes arrivant de l'étranger qui n'ont jamais été affiliées à une institution de prévoyance, les prescriptions spéciales de l'art. 60b OPP2 s'appliquent pour le calcul du rachat.
- 10.3.4 La rente théorique de vieillesse calculée, conformément aux dispositions de la LPP, en fonction du taux de conversion du capital d'épargne disponible lorsque l'âge de référence réglementaire est atteint, rachats inclus, ne doit pas, additionnée à d'autres prestations de la prévoyance professionnelle et de l'AVS, dépasser 85 % du revenu AVS déterminant au moment du rachat.
- 10.3.5 Si des versements anticipés pour la propriété du logement ont été perçus, des rachats ne peuvent être effectués que lorsque ces versements anticipés ont été remboursés. Les prestations résultant d'un rachat ne peuvent pas faire l'objet d'un versement sous forme de capital avant l'échéance d'un délai de trois ans. Les rachats effectués suite à un divorce ne sont pas soumis à cette restriction.
- 10.3.6 Une personne assurée qui a effectué tous les rachats a droit à des rachats supplémentaires en prévision d'une retraite anticipée (OPP art. 1b). Lors du calcul du montant du rachat supplémentaire, la prestation de vieillesse à laquelle elle aurait eu droit en cas de retraite ordinaire sans ces rachats supplémentaires sert de référence. Si une personne assurée renonce ensuite à sa retraite anticipée, les montants des rachats supplémentaires échoient à l'organisme de prévoyance auquel elle est affiliée dans la mesure où la limite de tolérance de 5 % de la prestation de vieillesse à laquelle la personne assurée aurait eu droit à l'âge de référence réglementaire sans les rachats supplémentaires n'est pas dépassée.
- 10.3.7 Il appartient à la personne assurée de se renseigner sur les possibilités et les conséquences fiscales auprès de l'autorité fiscale compétente.

11 Prestations de prévoyance

11.1 Prestations à verser par la fondation

Les prestations suivantes sont servies par la fondation :

- prestation de vieillesse,
- prestations d'invalidité,
- prestations de décès.

11.2 Montant des prestations

Le montant des prestations dépend du plan de prévoyance choisi. Celui-ci est défini dans l'annexe 1.

12 Prestation de vieillesse

12.1 Droit à la prestation de vieillesse

A droit à la prestation de vieillesse, la personne assurée qui part à la retraite entre 58 ans et l'âge de référence réglementaire ou la personne assurée au bénéfice d'une rente d'invalidité qui atteint l'âge de référence réglementaire. La retraite différée au plus tard jusqu'à l'âge de 70 ans révolus demeure réservée.

12.2 Forme de la prestation

La prestation de vieillesse est versée sous forme de capital. Pour les personnes assurées mariées ou vivant en partenariat enregistré, une déclaration de consentement écrite doit être disponible également pour un versement sous forme de capital. Si la personne assurée n'est pas en mesure de fournir un consentement pour le versement sous forme de capital, elle a la possibilité de saisir le tribunal civil. La fondation ne doit pas d'intérêts sur la prestation en capital tant que la personne assurée n'est pas en mesure de fournir les consentements exigés ou les jugements définitifs les remplaçant.

12.3 Montant du capital vieillesse

Le montant du capital vieillesse correspond au capital d'épargne à disposition au moment du départ à la retraite. Chez la personne assurée au bénéfice d'une rente d'invalidité, il correspond au capital d'épargne à disposition au moment où elle atteint l'âge de référence réglementaire.

12.4 Versement du capital vieillesse

Avec le versement du capital vieillesse, tous les droits réglementaires sont réputés acquittés.

13 Prestations de décès

13.1 Droit aux prestations de décès

En cas de décès de la personne assurée avant l'âge de référence réglementaire, les héritiers ont droit au capital-décès selon l'ordre suivant :

- 13.1.1 Le conjoint ou le partenaire enregistré, les enfants de l'assuré ayant droit à une rente selon la LPP, le partenaire ayant formé avec la personne assurée décédée une communauté de vie ininterrompue d'au moins 5 ans avant le décès ou le partenaire ayant à sa charge un ou plusieurs enfants communs ainsi que les personnes physiques à l'entretien desquelles la personne assurée subvenait de manière prépondérante. Est considéré comme prépondérant, l'entretien qui couvrait au moins la moitié des revenus de l'ayant droit. A défaut de personnes physiques à l'entretien desquelles la personne assurée subvenait de manière prépondérante et à défaut de partenaire ayant formé avec la personne assurée une communauté de vie ininterrompue d'au moins 5 ans avant son décès ou à défaut d'une personne ayant à sa charge un ou plusieurs enfants communs, tous les enfants du défunt sont considérés également comme faisant partie du groupe 13.1.1. Pour être valable, la désignation de personnes à l'entretien desquelles la personne assurée subvenait de manière prépondérante, d'une personne avec laquelle la personne assurée formait une communauté de vie ininterrompue d'au moins 5 ans avant son décès ou ayant à sa charge un ou plusieurs enfants communs ainsi que d'enfants ayant droit à une rente selon la LPP implique impérativement et systématiquement une notification écrite à la fondation de la part de la personne assurée avant son décès.

Si de son vivant et par notification écrite à la fondation (art. 13.2), la personne assurée n'exprime aucune autre volonté, le conjoint ou le partenaire enregistré reçoit la totalité du capital, à son défaut le partenaire avec lequel la personne assurée formait une communauté de vie ininterrompue d'au moins 5 ans avant son décès, à son défaut les enfants de la personne assurée à parts égales. Dans le cas des enfants ayant droit à une rente selon la LPP, la valeur actuelle de l'aide financière éventuellement accordée par la personne assurée pendant la période de formation déduction faite de la valeur actuelle des prestations de décès ou des rentes pour enfants octroyées par l'AVS/AI/AA/AM ou par les autres organismes de prévoyance, notamment par l'organisme de prévoyance LPP, est versée préalablement en guise de capital-décès avant qu'un éventuel montant résiduel soit réparti à parts égales entre tous les enfants.

A défaut de personnes mentionnées à l'art. 13.1.1, les personnes selon l'art. 13.1.2 ont droit au capital-décès.

- 13.1.2 a) les autres enfants (dans la mesure où ils ne font pas déjà partie du groupe 13.1.1), à leur défaut
b) les parents, à leur défaut
c) les frères et sœurs, dans la mesure où ces personnes ne figurent pas sous l'art. 13.1.1.

A défaut de personnes mentionnées à l'art. 13.1.1 et 13.1.2, les personnes selon l'art. 13.1.3 ont droit au capital-décès.

- 13.1.3 les autres héritiers légaux, à l'exclusion de la collectivité publique, et ce au maximum au plus élevé des deux montants suivants :
- la totalité des cotisations versées par la personne assurée ou
 - 50% du capital de prévoyance.

13.2 Ayants droit

Les personnes mentionnées de l'art. 13.1.1 à l'art. 13.1.3 forment des groupes d'ayants droit. Si des personnes du groupe 13.1.2 ou 13.1.3 ont droit au capital-décès, le capital est réparti à parts égales entre elles. Au sein d'un groupe de personnes, la personne assurée a le droit de fixer individuellement le droit au capital et de déterminer la part de chacune. Les ayants droit d'un groupe excluent ceux de tous les groupes suivants.

13.3 Validité de la désignation de bénéficiaires

Pour être valable, la désignation de bénéficiaires doit, en vertu de l'art. 13.2, être communiquée par écrit à la fondation. La personne assurée peut révoquer à tout moment sa désignation.

13.4 Parts du capital-décès non attribuées

Les parts du capital-décès qui ne peuvent pas être attribuées sont acquises à la fondation.

13.5 Montant du capital-décès

Le capital-décès correspond à la somme figurant sur le compte d'épargne au moment du décès.

13.6 Capital-décès supplémentaire

Si une personne assurée décède avant l'âge de référence réglementaire, un capital-décès supplémentaire est éventuellement exigible conformément au plan de prévoyance.

13.7 Forme de la prestation

La prestation de décès est versée sous forme de capital.

14 Prestations d'invalidité

14.1 Droit à des prestations d'invalidité

A droit aux prestations d'invalidité la personne invalide au sens de l'art. 5.3.

14.2 Début du droit

Le droit naît dès que les conditions d'une invalidité au sens de l'art. 5.3 sont remplies, au plus tôt, toutefois, après l'expiration d'un délai d'attente de 24 mois.

14.3 Fin du droit

Le droit à la rente d'invalidité et à l'exonération du paiement des cotisations s'éteint lorsque la personne assurée n'est plus invalide, décède ou atteint l'âge de référence réglementaire. Lorsqu'elle atteint l'âge de référence réglementaire, la rente d'invalidité est remplacée par une prestation de vieillesse selon l'art. 12.

14.4 Montant de la prestation d'invalidité

Le montant de la prestation d'invalidité dépend du plan de prévoyance choisi. La prestation comprend l'exonération du paiement des cotisations et, le cas échéant, une rente d'invalidité. En cas d'exonération du paiement des cotisations, le processus d'épargne continue. Dans ce cas, les cotisations sont définies sur la base du plan de prévoyance en vigueur et du revenu assuré au moment du début de l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité.

15 Dissolution anticipée des rapports de prévoyance

15.1 Droit à la prestation de libre passage (PLP)

En cas de résiliation du rapport de travail d'une personne assurée qui dispose de sa pleine capacité de travail, la personne assurée a droit à une prestation de libre passage si elle ne peut pas encore prétendre à des prestations de vieillesse selon l'art. 12.

15.2 Montant de la prestation de libre passage

La prestation de libre passage est calculée selon le système de la primauté des cotisations (art. 15 LFLP). Elle correspond au capital d'épargne à disposition au moment du versement.

15.3 Transfert de la prestation de libre passage

La prestation de libre passage est transférée à l'institution de prévoyance du nouvel employeur, conformément à loi fédérale sur le libre passage (LFLP) et l'ordonnance qui s'y rapporte. Si le transfert à l'institution de libre passage du nouvel employeur n'est pas possible et que le paiement en espèces n'est pas prévu, la personne assurée a droit, au moment où elle quitte la fondation

- à un versement sur un compte de libre passage auprès d'une banque, ou
- à une police de libre passage auprès d'une compagnie d'assurance.

A défaut d'adresse à laquelle la prestation de libre passage doit être transférée, cette dernière est transmise à la Fondation institution supplétive LPP au plus tôt après un délai de 6 mois à compter de la date à laquelle la personne a quitté la fondation.

15.4 Paiement en espèces de la PLP

La personne assurée qui quitte la fondation peut demander le paiement en espèces de la prestation de libre passage

- si elle quitte définitivement la Suisse ; demeurent réservées les restrictions relatives au paiement en espèces en raison de traités internationaux conformément à l'art. 25b ff LFLP,
- si elle débute une nouvelle activité lucrative indépendante et, dès lors, n'est plus soumise à la prévoyance professionnelle obligatoire, ou
- si le montant de sa prestation de libre passage est inférieur au montant annuel de ses cotisations.

Dans les deux premiers cas, le droit au paiement en espèces doit être justifié dans les formes prescrites par la fondation. Si la personne assurée est mariée ou liée par un partenariat enregistré, le consentement écrit du conjoint ou du partenaire dont la signature doit être légalisée est nécessaire.

15.5 Obligation d'informer la fondation

Afin que la fondation de prévoyance puisse remplir dans les délais ses obligations concernant le droit au libre passage, la personne assurée est tenue de lui annoncer sans délai la résiliation de la convention d'affiliation, dès que les conditions d'admission ne sont plus remplies. Par conséquent, la personne assurée quitte la fondation et lui communique les données nécessaires au transfert de la prestation de libre passage à l'institution de prévoyance du nouvel employeur (nom du nouvel employeur, nom de la nouvelle institution de prévoyance, nom de la banque et le numéro IBAN).

15.6 Divorce

En cas de divorce d'une personne assurée active, les prestations de sortie acquises pendant la durée du mariage sont partagées conformément aux dispositions des art. 122, 123, 141 et 142 CC. Le tribunal communique d'office à la fondation le montant à transférer et lui donne les indications nécessaires en ce qui concerne le maintien de la prévoyance. Si les rapports de prévoyance sont poursuivis, le transfert a les mêmes effets sur les prestations assurées qu'un versement anticipé pour l'acquisition de la propriété du logement.

15.7 Divorce avec droit au partage de la prévoyance professionnelle

- 15.7.1 La fondation pourvoit à l'exécution des jugements de divorce ayant force jugée des tribunaux suisses qui lui incombent (ci-après jugement de divorce). Est désignée comme ayant droit, la personne assurée qui a droit, suite à un jugement de divorce ayant force jugée en Suisse, au partage de la prévoyance professionnelle selon l'art. 122 ss. CC. Est désignée comme débiteur, la personne assurée qui doit, suite à un jugement de divorce ayant force jugée en Suisse, remplir un droit de l'ayant droit dans le cadre du partage de la prévoyance professionnelle selon l'art. 122 ss. CC.
- 15.7.2 La prestation de sortie, à l'exception des rentes d'enfants d'invalides existantes au moment de l'ouverture de la procédure de divorce, est portée par la fondation au débit du compte d'épargne. La prestation de sortie reçue pour un ayant droit est portée par la fondation au crédit du compte d'épargne de l'ayant droit.
- 15.7.3 Si une partie de la prestation de sortie ou de la prestation de sortie hypothétique de la personne assurée est attribuée à l'ayant droit selon le jugement de divorce, la fondation verse cette partie à l'institution de prévoyance ou à la police de libre passage de l'ayant droit.
- 15.7.4 Un versement en espèces sur demande de l'ayant droit ou des ayants droit n'est possible que dans les cas autorisés par la loi.
- 15.7.5 Si le montant de la prestation de sortie acquise pendant la durée du mariage ne peut pas être déterminé avec précision faute de données avant l'entrée en vigueur de la loi sur le libre passage, la fondation se fonde sur les dispositions légales et les tableaux pour calculer les valeurs déterminantes. Sur la base de ces dispositions et tableaux, les valeurs antérieures sont calculées par approximation en s'appuyant sur des critères objectifs.

- 15.7.6 Le débiteur a la possibilité de racheter la partie de son capital d'épargne - majoré des intérêts - transférée à l'ayant droit avant d'atteindre l'âge de référence réglementaire. En revanche, il n'existe aucun droit de rachat après le divorce suite au transfert d'un montant selon l'art. 124 al. 1 CC (= transfert d'une prestation de sortie hypothétique) sur la base d'un jugement de divorce ayant force jugée en Suisse. Le rachat est entièrement à la charge du débiteur. Les dispositions concernant le rachat dans la fondation s'appliquent par analogie. Les montants rachetés sont portés dans les mêmes proportions au crédit du compte d'épargne. Le rachat s'effectue en général sous forme d'un versement unique ou dans le cadre de tranches annuelles. La fondation établit une attestation des versements effectués par la personne assurée à l'attention de l'autorité fiscale. Il appartient à la personne assurée de se renseigner sur les possibilités et les conséquences fiscales auprès de l'autorité fiscale compétente.
- 15.7.7 Si le débiteur n'effectue aucun rachat, le transfert ordonné par voie judiciaire entraîne une diminution proportionnelle de la prestation de sortie et également, selon le plan de prévoyance, de toutes les autres prestations. Si, lors de la survenance d'un cas de prévoyance, le rachat n'a pas été effectué, ou seulement en partie, la fondation calcule les prestations conformément au plan de prévoyance sur la base des fonds disponibles.
- 15.7.8 Les différentes dispositions légales relatives au partage de la prévoyance s'appliquent par ailleurs.
- 15.7.9 Si, sur la base d'un jugement de divorce ayant force jugée en Suisse, une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle est partagée après l'âge de référence réglementaire (art. 124 a CC), la part de la rente attribuée à l'ayant droit continue à être prise en compte dans le cadre du calcul de la surassurance du débiteur.
- 15.7.10 En cas de divorce
- a) la fondation communique à la personne assurée ou au tribunal, sur demande, les données selon l'art. 24 LFLP et l'art. 19 OLP,
 - b) la fondation communique au tribunal la rente viagère résultant de la part de rente attribuée (art. 124a CC),
- 15.7.11 La fondation indique au besoin si elle est d'accord avec d'éventuelles compensations de prestations de sortie avec des parts de rente.
- 15.7.12 Les personnes assurées mariées ou liées par un partenariat enregistré doivent, pour tous les versements de capital, y compris les versements de la prestation de vieillesse ou d'incapacité de gain/d'invalidité sous forme de capital, apporter le consentement écrit du conjoint ou du partenaire enregistré. Cela s'applique en particulier aussi au cas où un plan de prévoyance prescrit le versement exclusif sous forme de capital. Si la personne assurée ne peut pas obtenir ce consentement ou s'il lui est refusé, elle peut saisir le tribunal civil. En l'absence de consentement, la fondation ne doit aucun intérêt, en particulier aucun intérêt moratoire à partir de l'échéance. Les éventuels intérêts négatifs imputés à la fondation pour la durée du capital non versé sont prélevés de l'avoir de l'assuré en tant que frais.

15.8 Liquidation partielle

En cas de liquidation partielle ou totale, il existe, dans le cadre des dispositions légales, un droit à une part des fonds libres. Les déficits actuariels sont déduits au prorata. La fondation édicte les dispositions d'exécution nécessaires.

15.9 Prolongation de la couverture d'assurance

Les prestations en cas de décès et d'invalidité assurées au moment de la dissolution des rapports de prévoyance sont maintenues sans changement pendant un mois au plus.

15.10 Obligation de restituer la prestation de libre passage en cas d'invalidité

Si des prestations d'invalidité ou de décès doivent être versées après le versement de la prestation de libre passage, celle-ci doit être restituée dans la mesure où elle est nécessaire pour servir les prestations en

cours ou pour financer des prestations d'expectative. Faute de restitution, les prestations sont réduites.

15.11 Retraite partielle

La retraite partielle est échelonnée en trois étapes au maximum. La part de la prestation de vieillesse perçue avant l'âge de référence réglementaire ne doit pas dépasser la part de la réduction du revenu assuré selon l'art. 6.

Si le revenu annuel selon 6.1 tombe en dessous de 1,5 fois le montant limite supérieur selon la LPP en raison de la réduction du taux d'occupation, la totalité de la prestation de vieillesse doit être perçue.

16 Financement

16.1 Moyens de financement

Les fonds nécessaires au financement de la prévoyance sont fournis uniquement par la personne assurée : les cotisations d'épargne, de risque, les frais administratifs et les éventuelles cotisations supplémentaires. 50 % de ces fonds peuvent être débités du compte de résultat commercial (cotisations de l'employeur). En règle générale, la facturation a lieu annuellement.

16.2 Durée de l'obligation de cotiser

L'obligation de cotiser naît au moment de l'admission à la prévoyance et subsiste jusqu'à la naissance du droit aux prestations d'invalidité au sens des art. 14.1 et 14.2, jusqu'au décès de la personne assurée, toutefois au plus tard jusqu'à l'âge de référence réglementaire ou jusqu'au moment où la personne assurée quitte la fondation par suite de dissolution anticipée des rapports de travail. En cas d'invalidité partielle avant l'âge de référence réglementaire, l'obligation de cotiser ne subsiste que pour la partie du revenu assuré correspondant à la capacité de gain résiduelle au sens de l'art. 6.

16.3 Exonération du paiement des cotisations

En cas d'incapacité de travail dont la cause entraîne probablement une invalidité, la fondation accorde, en fonction du degré d'invalidité probable, l'exonération du paiement des cotisations - pour la personne assurée et l'employeur - après une incapacité de travail ininterrompue de 3 mois. Si la personne assurée est au bénéfice d'une rente d'invalidité de l'AI, l'exonération subsiste jusqu'au décès, toutefois au plus tard jusqu'à l'âge de référence réglementaire.

L'exonération comprend la libération du paiement des cotisations et la poursuite du processus d'épargne (cotisations d'épargne), au plus tard jusqu'à l'âge de référence réglementaire. L'exonération s'effectue de manière permanente sur la base du plan de prévoyance et du revenu assuré au début de l'incapacité de travail dont la cause a entraîné une invalidité.

Si après 24 mois, l'incapacité de travail n'entraîne aucune invalidité, l'exonération continue jusqu'à la sortie de la prévoyance, mais au plus 3 mois après cette date.

17 Fortune et équilibre financier

17.1 Garantie des engagements

Les engagements de la fondation sont garantis par les moyens financiers suivants :

- la fortune de la fondation et ses revenus,
- les versements de la personne assurée,
- l'apport de prestations de libre passage.

17.2 Obligation de diligence

La fortune des oeuvres de prévoyance doit être placée conformément au but et à l'esprit de la fondation et gérée soigneusement avec toute la prudence requise.

17.3 Examen actuariel

Tous les trois ou quatre ans, la fondation et les différentes œuvres de prévoyance doivent faire l'objet d'un bilan actuariel établi conformément aux principes de la méthode de capitalisation pour caisses fermées. Un tel examen doit également être effectué préalablement à toute modification fondamentale du règlement ainsi qu'en cas de risque de découvert.

17.4 But de l'expertise

L'expertise a pour but de déterminer si la fondation et les différentes œuvres de prévoyance pourront honorer leurs engagements à venir au moyen des contributions règlementaires et des fonds disponibles. Les données techniques doivent être adaptées à l'évolution de la situation.

17.5 Découvert technique / assainissement

Si le bilan technique fait apparaître un découvert au sens de l'art. 44 OPP2 qui, selon l'avis de l'expert en matière de prévoyance professionnelle, compromet la sécurité des prestations règlementaires, le Conseil de fondation prend les mesures nécessaires. Dans les limites autorisées par les dispositions légales, il peut notamment décider provisoirement de fixer des cotisations supplémentaires et de réduire les prestations d'assurance acquises dans le cadre des pertes conformément à la stratégie de placement choisie (voir art. 9.2).

17.6 Tenue des comptes

La fondation tient une comptabilité qui lui est propre, la date d'arrêté des comptes étant fixée au 31 décembre.

18 Modifications, lacunes dans le règlement, litiges

18.1 Réserve en cas de modification

Le règlement peut être modifié en tout temps par le Conseil de fondation dans le cadre de l'acte de fondation ainsi que des dispositions légales et du droit de la surveillance. Le maintien des droits acquis par les assurés doit être garanti. En cas de modifications du règlement, les règles suivantes s'appliquent :

Les prestations de prévoyance déjà dues au moment de la modification ou déjà occasionnées ainsi que les droits futurs n'en sont pas affectés. Le règlement applicable à la survenance de l'évènement reste en vigueur définitivement pour ces rapports de prévoyance. Les améliorations qui sont expressément déclarées applicables pour les rapports de rente en cours et les modifications nécessaires du point de vue légal demeurent réservées. Sont notamment considérés comme droits d'expectative aux prestations, la libération du paiement des cotisations ainsi que le montant et les conditions des rentes de survivants.

Sont considérés comme déjà survenus, tous les types de rentes déjà en cours ainsi que les cas de décès, pour lesquels le décès est déjà survenu, sans que les prestations pour survivants aient déjà été dues, et les cas d'invalidité pour lesquels l'incapacité de travail, qui entraîne un droit ultérieur à une rente, est déjà survenue. Cette disposition s'applique indépendamment du fait que l'incapacité de travail soit déjà connue, que le cas soit géré comme un cas en suspens, et indépendamment de la date à partir de laquelle l'AI fédérale ou une autre assurance sociale fédérale ou privée décide du droit à la rente. Dans tous ces cas, le règlement est donc applicable de manière inchangée dans sa version en vigueur au moment où le début de la cause à l'origine de la survenance du cas s'est produit. Est considéré comme revenu assuré, le revenu qui était assuré au début de l'incapacité de travail ou au décès. Les modifications ultérieures ne sont pas prises en compte et sont annulées.

Est considéré comme début de la cause à l'origine de la survenance du cas :

- dans le cas de rentes de survivants résultant de cas de décès de personnes assurées actives : le jour du décès de la personne assurée.
- dans le cas de rentes de survivants résultant de cas de décès d'assurés invalides ou incapables d'exercer une activité lucrative : le début de l'incapacité de travail de la personne assurée, qui entraîne l'invalidité ultérieure.
- dans le cas de personnes invalides ou incapables de travailler : le début de l'incapacité de travail qui entraîne l'invalidité ultérieure ou qui, en cas de décès avant la mise en invalidité, aurait entraîné

l'invalidité avec une probabilité prépondérante.

Demeurent réservées :

- les modifications du règlement qui mènent à des améliorations, pour autant qu'elles soient expressément déclarées applicables à leur introduction pour des rapports de rente existants,
- les modifications du règlement qui résultent de changements législatifs ou qui doivent être impérativement apportées en raison d'une modification de la jurisprudence,
- les réglementations dans le domaine de la surassurance, où la limite de surassurance de 90 % doit être respectée.

Le montant du revenu assuré reste immuable en cas de taux d'invalidité inchangé depuis l'incapacité de travail.

18.2 Lacunes dans le règlement

Dans les cas pour lesquels les dispositions du règlement s'avèrent insuffisantes, le Conseil de fondation décide en conformité avec les dispositions de l'acte de fondation et dans le cadre imposé par la loi ou par les prescriptions des autorités de surveillance.

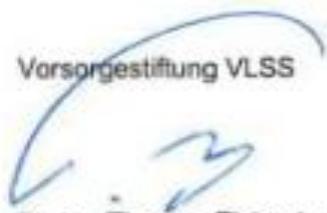
18.3 Litiges

Les litiges entre, d'une part, le Conseil de fondation et, d'autre part, la personne assurée ou ses survivants en ce qui concerne l'interprétation ou l'application du présent règlement sont réglés conformément aux dispositions légales par le tribunal cantonal créé spécialement pour ce type de cas. Pour l'interprétation du règlement, le texte rédigé en allemand fait foi. Le for est au siège ou au domicile suisse du défendeur. Les décisions du tribunal cantonal peuvent être déférées au Tribunal fédéral des assurances par voie de recours de droit administratif.

19 Entrée en vigueur

Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} janvier 2024 et remplace toutes les dispositions antérieures. Les personnes assurées peuvent télécharger le règlement depuis le site internet www.vlss-vorsorgestiftung.ch/fr ou demander que leur soit remis un exemplaire imprimé.

Zoug, le 6 novembre 2023

Vorsorgestiftung VLSS

Dr. iur. Thomas Eichenberger


Prof. Dr. med. Christoph Kettelhack

Le présent règlement est une traduction. En cas de contestation, seule la version allemande fait foi.

Annexe 1 – Plan de prévoyance pour médecins indépendants

Les prestations et cotisations sont régies par les dispositions du règlement de prévoyance de la Fondation de Prévoyance AMDHS. Le présent plan de prévoyance fait partie intégrante dudit règlement. Il contient des informations, d'une part sur le montant des prestations et cotisations, et d'autre part sur des valeurs de référence non définies dans le règlement ou sur des dérogations à celui-ci.

Entreprise	Affiliation individuelle
Personnes pouvant être assurées	Médecins cadres d'un hôpital, médecins de cabinets de groupe, dentistes et médecins indépendants qui perçoivent un revenu sur la base de leur activité médicale indépendante et dont les prestations obligatoires selon la LPP sont déjà assurées chez une autre caisse de prévoyance.
Valable à partir du	1 ^{er} janvier 2024

Définition du plan de prévoyance

La Vorsorgestiftung VLSS propose aux personnes assurées avec affiliation individuelle deux plans de prévoyance avec trois variantes de risque. Une fois par année, la personne assurée peut changer de plan de prévoyance et choisir une autre des trois catégories de risque.

Seuil d'admission	Sont admises toutes les personnes pouvant être assurées, dans la mesure où leurs revenus assurés annuels, au sens des dispositions suivantes, dépassent CHF 20 000.
Conditions	Ne sont admises que les personnes assurées qui sont déjà assurées dans une caisse de base.
Début de l'assurance	Le demandeur peut s'affilier à tout moment en signant la convention d'affiliation (admission prospective). Pour les femmes et les hommes, l'admission a lieu au plus tôt le 1 ^{er} janvier qui suit le 24 ^e anniversaire.
Âge de référence réglementaire	Pour les femmes: 65 ans Pour les hommes: 65 ans La retraite peut être différée jusqu'à l'âge de 70 ans. Dans ce cas, plus aucune cotisation de risque ne sera prélevée pendant la période d'ajournement.
Couverture des accidents	oui

Revenu assuré

Revenu assuré	Le revenu assuré correspond au revenu annuel déterminant de l'AVS perçu au 1 ^{er} janvier ou au moment de l'admission à la fondation, qui découle de l'activité médicale exercée et qui a qualité de revenu indépendant. La personne assurée annonce son revenu une fois par année.
---------------	--

Montant de la rente d'invalidité	Plan MINI: 10 % du revenu assuré
	Plan MIDI: 20 % du revenu assuré
	Plan MAXI: 30 % du revenu assuré

Prestations de survivants avant le départ à la retraite

Capital-décès	Il correspond à l'avoir de vieillesse épargné.
Capital-décès supplémentaire	Plan MINI: 100 % du revenu assuré
	Plan MIDI: 200 % du revenu assuré
	Plan MAXI: 300 % du revenu assuré

Choix de la stratégie de placement

Stratégies de placement	Différentes stratégies de placement sont au choix.
Particularités	La description des différentes stratégies de placement ainsi que les dispositions et conditions d'un changement de stratégie de placement sont régies par le règlement de placement.

Les montants limites selon la LPP sont fixés par le législateur et adaptés régulièrement (normalement tous les deux ans) sans qu'il en résulte pour autant une adaptation du plan de prévoyance.