

**Formulaire CRPS – plan complémentaire**  
**CRPS form – complementary plan**

<b>Nom(s) / Last Name</b>	<b>Prénom(s) / First Name</b>
---------------------------	-------------------------------

<b>Date de naissance / Birth date</b>
---------------------------------------

**CHOIX entre variante A et B /CHOICE between A/B variant**

*Extrait de l'art. 6, al. 3, du Règlement CRPS/ Extract of art. 6, al. 3, CRPS Regulations*

3. *L'assuré peut demander à la CRPS que lui soit prélevée une cotisation d'épargne complémentaire à celle-mentionnée à l'alinéa 1. Il a le choix entre la variante A et la variante B ci-après. L'affilié doit exprimer son choix de manière écrite par courrier au plus tard un mois avant la fin d'une année civile. La retenue de cette cotisation d'épargne complémentaire sera valable dès l'année civile suivante et jusqu'à révocation. Des modifications sont possibles au 1er janvier de chaque année, elles doivent être demandées par courrier au plus tard un mois avant la fin d'une année civile.*

Tranche d'âge/ Age group	Cotisation d'épargne compl. en % du salaire assuré variante A/ <i>Compl. saving % insured salary A variant</i>	OPTION CHOISIE (cocher)/ CHOSEN <i>OPTION(please tick)</i>	Cotisation d'épargne compl. en % du salaire assuré variante B/ <i>Compl. saving % insured salary B variant</i>	OPTION CHOISIE (cocher)/ CHOSEN <i>OPTION (please tick)</i>
25 – 34	0.5%		1.0%	
35 – 44	1.5%		3.0%	
45 – 54	3.0%		6.0%	
55 – 65	4.5%		9.0%	

<b>Lieu et date / Place and date</b>	<b>Signature / Signature</b>
--------------------------------------	------------------------------

Formulaire à retourner à / Return this form to

[HRCHSharedServices@sicpa.com](mailto:HRCHSharedServices@sicpa.com)

Pour la  
Caisse de Retraite des employés du Groupe SICPA  
41, avenue de Florissant  
1008 Prilly