

Avis de sortie

Employeur

Raison sociale Contrat n°

Données personnelles de l'assuré(e)

Nom

Prénom

N° AVS . . . Date de naissance | | / | | / | | | |

E-mail Téléphone

Adresse

Etat civil célibataire marié(e) divorcé(e) veuf(ve)
 lié(e) par un partenariat enregistré partenariat dissous

Indications au sujet de la sortie

Date de la sortie (salaire versé jusqu'au) | | / | | / | | | |

La personne assurée a-t-elle été licenciée ? oui non

Motif économique restructuration autre

La personne assurée est-elle en incapacité de travail des suites d'une maladie ou d'un accident ? oui non

Si oui, donnez quelques détails (dates, causes, etc.)

Signature

Date / /
Lieu

Timbre, signature de l'employeur



Si l'assuré(e) dispose des éléments nécessaires pour le transfert de sa prestation de sortie, il(elle) peut d'ores et déjà remplir le formulaire au verso.

Avis de sortie

Données personnelles de l'assuré(e)

| | | | | |
|--------|---|-------------------|--|----------------------|
| Nom | <input type="text"/> | | | |
| Prénom | <input type="text"/> | | | |
| N° AVS | <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> | Date de naissance | <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| E-mail | <input type="text"/> | | Téléphone | <input type="text"/> |

Indications au sujet du transfert

Veillez transférer ma prestation de libre passage à l'institution de prévoyance de mon nouvel employeur ou sur un compte / une police de libre passage.

Nom et adresse de la nouvelle institution de prévoyance ou de la fondation de libre passage

Nom et adresse du nouvel employeur

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Coordonnées de paiement

(Veillez joindre un bulletin de versement ou un relevé d'identité bancaire)

| | |
|---------------------|----------------------|
| IBAN | <input type="text"/> |
| Banque / Poste | <input type="text"/> |
| NPA, Lieu | <input type="text"/> |
| Titulaire du compte | <input type="text"/> |

Signature

Je déclare que tous les renseignements fournis ci-dessus sont conformes à la vérité.

| | | |
|------|--|--------------------------|
| Date | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | Signature de l'assuré(e) |
| Lieu | <input type="text"/> | |
| | <input type="text"/> | |



Pour une demande de remboursement en espèces de la prestation de sortie, veuillez demander le formulaire adéquat