

Demande de transfert de la prestation de sortie

Données personnelles de l'assuré(e)

Nom				
Prénom				
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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
E-mail	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>	
Adresse	<input type="text"/> <input type="text"/>			
Etat civil	<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> marié(e)	<input type="checkbox"/> divorcé(e)	<input type="checkbox"/> veuf(ve)
	<input type="checkbox"/> lié(e) par un partenariat enregistré	<input type="checkbox"/> partenariat dissous		
Je suis en incapacité de travail des suites d'une maladie ou d'un accident			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, depuis quelle date	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

Indications au sujet du transfert

Veuillez 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

(Veuillez 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"/>
Lieu	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Signature de l'assuré(e)

