Vorsorgestiftung VSAO / Fondation de prévoyance ASMAC
Kollerweg 32, Postfach 389, 3000 Bern 6, 031 350 46 00, 031 350 46 01, vorsorgestiftung@vsao.ch, www.vorsorgestiftung-vsao.ch

Avis de sortie

N° Entreprise | Employeur	
N° Plan | Plan de prévoyance	

Nous vous prions d'indiquer l'adresse après la sortie.

Fin d'assurance		Numéro social	
Nom | Prénom			
Rue | N°			
NPA | Lieu			
État civil		Date de mariage	
N° de téléphone | Mobile			
E-Mail		Nationalité	
La personne est-elle en incapacité de travail partielle ou totale ?	☐ oui ☑ non	Si oui, à partir de quelle date?	

1 ☐	Transfert des droits acquis à l'institution de prévoyance du nouvel employeur (joindre un bulletin de versement) Dans la mesure où l'assuré reste à la Fondation ASMAC, prière d'indiquer le nouvel employeur et la date d'entrée.
	Si l'interruption de travail dure 2 mois ou plus, nous vous conseillons de conclure une assurance d'interruption. (voir point 3 sur ce formulaire)
Nouvel employeur et date d'entrée	
2 ☐	Transfert à l'ASMAC Fondation pour indépendants
3 ☐	L'assurance de risque sera prise en charge par l'assuré en cas d'interruption de travail La documentation correspondante vous sera envoyée dès réception de l'avis de sortie.
4 ☐	Ouverture d'un compte de libre passage auprès de la Fondation de prévoyance ASMAC (2 ans au maximum) L'assuré renonce à toute couverture d'assurance (art. 6.2, Règlement de la fondation).
5 ☐	Transfert sur un compte de libre passage ou une police de libre passage (banque ou société d'assurances) Joindre la demande d'ouverture ou/et le bulletin de versement.
6 ☐	Paiement en espèces de la prestation de sortie (prestation de libre passage) La demande correspondante vous sera envoyée dès réception de l'avis de sortie.
	☐ Admission du statut d'indépendant Possible uniquement durant la première année en tant qu'indépendant ☐ Prestation de sortie inférieure à la contribution annuelle employé ☐ Départ définitif de la Suisse

Ce formulaire doit impérativement être signé par l'employeur et l'employé.

Signature employé	Timbre | Signature employeur
Lieu | Date	Lieu | Date

Les deux parties confirment par leur signature l'intégralité et l'exactitude des indications.

Personne responsable		N° de téléphone	
E-Mail			