

Mise à la retraite

Concerne uniquement les personnes assurées de 58 ans ou plus. Ce formulaire est à renvoyer complété au plus tard 3 mois avant la mise à la retraite.

N° Entreprise Employeur	
N° Plan Plan de prévoyance	

Date de la mise à la retraite		Numéro de sécurité sociale	
Nom Prénom			
Rue N°			
NPA Lieu			
État civil		Date de mariage	
E-Mail			
N° de téléphone Mobile			
La personne est-elle en incapacité partielle ou totale de travail?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, depuis quelle date?	

Veillez cocher une des possibilités suivantes

1	<input type="checkbox"/>	Rente de vieillesse mensuelle
2	<input type="checkbox"/>	Paiement du capital épargne vieillesse
3	<input type="checkbox"/>	Rente de vieillesse partielle/Paiement partiel du capital épargne vieillesse
Capital partiel en CHF ou %		

Touchez-vous déjà une rente de vieillesse de la part d'une autre institution de prévoyance?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous déjà demandé un paiement du capital épargne vieillesse de la part d'une autre institution de prévoyance ou libre passage?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Ce formulaire doit impérativement signé par l'employeur et la personne assurée.

Lieu Date	Timbre Signatures

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