



→ Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli et signé ainsi que tous les documents nécessaires à:

Fondation institution supplétive LPP
Prévoyance professionnelle (LPP)
Passage St-François 12
Case postale 6183
1002 Lausanne

www.aeis.ch
Postfinance
BIC/SWIFT: POFICHBEXXX
IBAN: CH16 0900 0000 2549 6891 7

Tel. +41 21 340 63 33
Fax +41 21 340 63 29
Joignable par téléphone lu. - vr.
08:00 - 12:00/
13:30 - 17:00

Personne assurée: _____

N° d'affiliation: _____

Avis de sortie pour assurance facultative

(Veuillez remplir ce formulaire de manière lisible en lettres majuscules et nous l'adresser dûment complété et signé)

Résiliation pour le (fin de l'assurance): _____

Données de la personne sortante

N° ass. soc.: _____ Date de naissance: _____
Nom: _____ Prénom: _____
Sexe: M F Langue: D F I
Etat civil: célibataire marié(e) divorcé(e) veuf/veuve
Partenariat enregistré Partenariat dissous
Date du mariage ou de l'enregistrement ou date du divorce ou de la
dissolution: _____
Rue et n°: _____ NPA: _____ Domicile: _____

Etat de santé

La personne assurée était/est à la date de la sortie

entièrement apte au travail pas entièrement apte au travail* invalide au sens de l'AI à _____ %**

* Veuillez compléter la déclaration d'incapacité de travail

** Veuillez joindre la décision AI

Si vous n'êtes pas entièrement apte au travail, veuillez toujours joindre les certificats médicaux correspondants et/ou les décomptes de l'assurance accident ou d'indemnités journalières maladie.

Par sa signature, la personne assurée confirme avoir annoncé toutes les mutations.

Localité

Date

Signature de la personne assurée