



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

Fondation institution supplétive LPP	www.aeis.ch	Tel. +41 41 799 75 75
Prévoyance LPP	Postfinance	Fax +41 44 468 23 96
Case postale	BIC/SWIFT: POFICHBEXX	Heures de réception Lun - Ven
8050 Zurich	IBAN: CH16 0900 0000 2549 6891 7	08:00 - 12:00 et 13:30 - 17:00

Demande de versement en espèces de la prestation de libre passage

Informations relatives à la personne

No ass. soc.: _____ Langue: D F I
Nom: _____ Prénom: _____
Sexe: M F Date de naissance: _____
Etat civil: célibataire marié(e) Partenariat enregistré
 veuf/veuve divorcé(e) Partenariat dissous
Date de mariage ou d'enregistrement du partenariat ou de divorce: _____
Rue, no: _____
NPA: _____ Domicile: _____

- Je commence une activité indépendante à titre principal et certifie par la présente que j'investis la totalité de ma prestation de libre passage dans ma propre entreprise et que je ne suis plus soumis à la prévoyance professionnelle obligatoire.
(Veuillez joindre la confirmation de la caisse de compensation AVS compétente avec le numéro de décompte.)
- Je quitte définitivement la Suisse.
(Veuillez joindre une copie de l'attestation définitive de départ du contrôle des habitants.)
- Je déménage dans un pays de l'UE/AELE: _____

Avant un versement, nous devons **impérativement** établir si vous êtes soumis à l'obligation d'assurance sociale dans votre pays de destination. Nous vous prions donc de compléter le «formulaire de demande d'examen de l'assujettissement aux assurances sociales» pour le pays concerné. Vous l'obtiendrez auprès des autorités suivantes:

Organisme de liaison
Fonds de garantie LPP
Case postale 1023
CH-3000 Berne 14

www.verbindungsstelle.ch
info@verbindungsstelle.ch

Avec le formulaire, vous recevrez une fiche décrivant la procédure. Au terme de celle-ci, nous vous fournirons des informations sur le montant possible du versement.

- Je déménage dans un pays en dehors de l'UE/AELE: _____
- Ma prestation de libre passage est inférieure à ma cotisation d'employé annuelle.

Relation bancaire ou de paiement

Banque Poste No compte: _____
IBAN (obligatoire): _____
Banque (nom, NPA, localité, pays): _____
SWIFT/BIC (pour l'étranger): _____ Clearing: _____
Titulaire du compte Nom: _____ Prénom: _____
Adresse: _____
NPA/Lieu: _____ Pays: _____



Confirmation de votre domicile

A la date du versement, mon domicile est en Suisse à l'étranger

Je prends bonne note que les autorités fiscales n'admettent pas de prélèvement en capital dans un délai de 3 ans à compter de la date de rachat, respectivement qu'elles peuvent déterminer un supplément d'impôt compte tenu du montant du capital prélevé.

Lieu:

Date:

Signature de la personne assurée:

L'époux, l'épouse/le partenaire enregistré est d'accord avec le versement de l'avoir de vieillesse sous forme de capital :

Lieu:

Date:

Signature de l'époux/l'épouse/partenaire enregistré:

Nom, prénom de l'époux/l'épouse/partenaire enregistré:

Information concernant le retrait sous forme de capital:

si la personne assurée est mariée ou vit en partenariat enregistré, la signature du conjoint/partenaire est obligatoire. Dans le cas contraire, veuillez joindre un certificat d'état civil, lequel ne doit pas être daté de plus de 3 mois.