



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

Fondation institution supplétive LPP  
Prévoyance professionnelle (LPP)  
Case postale 660  
1001 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  
Heures d'ouverture lu. - vr.  
08:00 - 12:00/ 13:30 - 17:00

Employeur: \_\_\_\_\_

N° d'affiliation: \_\_\_\_\_

## Annnonce de sortie

Départ le (= fin du contrat de travail): \_\_\_\_\_

L'employeur confirme, que lors de la dissolution des rapports de travail, les dispositions du contrat de travail et les dispositions impératives du droit du travail (par ex. art. 336c CO) ont été respectées.

### 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: \_\_\_\_\_

### Etat de santé

L'employeur déclare qu'au moment de la sortie, la personne à assurer est:

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

Si la personne assurée n'est 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.

\* Veuillez compléter la déclaration d'incapacité de travail  
(nécessaire seulement si l'incapacité de travail a duré plus de 3 mois)

\*\* Veuillez joindre la décision AI

Par sa signature, l'employeur confirme avoir annoncé toutes les mutations concernant la personne assurée. L'employeur assume les coûts et les conséquences qui résultent de la violation de l'obligation d'annoncer.

\_\_\_\_\_  
Lieu

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Timbre et signature de l'employeur

\_\_\_\_\_  
Lieu:

\_\_\_\_\_  
Date:

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne assurée