



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

Fondation institution supplétive LPP  
Prévoyance 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 de réception Lun - Ven  
08:00 - 11:30/13:30 - 17:00

Personne assurée:

N° d'affiliation:

## Avis de sortie pour assurance facultative

Résiliation pour le (= fin de l'assurance): \_\_\_\_\_

### 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

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 \_\_\_\_%\*\*

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.

\* Veuillez compléter la déclaration d'incapacité de travail

\*\* Veuillez joindre la décision AI

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

\_\_\_\_\_  
Lieu: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Signature de la personne assurée