

AVIS DE SORTIE

Profmed

Entreprise :

DONNEES PERSONNELLES DE L'ASSURE(E)

Nom et prénom : Date de naissance :

N° AVS :

E-mail : Téléphone :

Adresse :

Etat civil : célibataire marié(e) divorcé(e) veuf(ve)
 lié(e) par un partenariat enregistré partenariat dissous

INDICATIONS AU SUJET DE LA SORTIE

Date de la sortie (salaire versé jusqu'au) :

La personne assurée a-t-elle été licenciée ? oui non

La personne assurée est-elle en incapacité de travail des suites d'une maladie ou d'un accident ? oui non

Si oui, donnez quelques détails (dates, causes, etc.) :

.....
.....
.....
.....

Lieu, date : Timbre, signature de l'employeur :

**SI L'ASSURE(E) DISPOSE DES ELEMENTS NECESSAIRES POUR LE TRANSFERT DE SA PRESTATION DE SORTIE,
IL (ELLE) PEUT D'ORES ET DEJA REMPLIR LE FORMULAIRE AU VERSO**

DONNEES PERSONNELLES DE L'ASSURE(E)

Nom et prénom : Date de naissance :

E-mail : Téléphone :

INDICATIONS AU SUJET DU TRANSFERT

Veillez transférer ma prestation de libre passage à l'institution de prévoyance de mon nouvel employeur ou sur un compte / une police de libre passage.

Nom et adresse de la nouvelle institution de prévoyance
ou de la fondation de libre passage :

Nom et adresse du nouvel employeur :

.....
.....
.....

COORDONNEES DE PAIEMENT

(Veillez joindre un bulletin de versement ou un relevé d'identité bancaire)

IBAN (max. 34 chiffre)

Banque/Poste : NPA, Lieu :

Titulaire du compte :

Je déclare que tous les renseignements fournis ci-dessus sont conformes à la vérité.

Lieu, date : Signature de l'assuré(e) :

POUR UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT EN ESPECES DE LA PRESTATION DE SORTIE,

VEUILLEZ NOUS DEMANDER LE FORMULAIRE ADEQUAT