

INDICATION CONCERNANT LA PRESTATION DE RETRAITE

Profmed

DONNEES PERSONNELLES DE L'ASSURE(E)

Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____
E-mail : _____ Téléphone : _____
Etat civil : ☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ divorcé(e) ☐ veuf(ve)
☐ lié(e) par un partenariat enregistré ☐ partenariat dissous

INDICATION AU SUJET DE LA RETRAITE

Par la présente, je demande que ma prestation de retraite me soit versée de la manière suivante :

- ☐ Je souhaite obtenir la totalité de ma prestation de retraite sous la forme d'un capital unique. Je prends note que ce versement mettra fin à tous mes droits, ainsi qu'à ceux de mes ayants droit envers la Fondation ;
- ☐ Je souhaite obtenir une partie de ma prestation de retraite sous la forme d'un capital unique et l'autre partie de ma prestation de retraite sous la forme d'une rente, soit :
- ☐ CHF _____ sous forme de capital et le solde sous forme d'une rente de retraite.
ou
☐ CHF _____ sous la forme d'une rente de retraite et le solde sous forme de capital.

CONDITIONS ET DELAIS

Pour être recevable, l'assuré ou l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité doit faire connaître sa volonté par écrit à la Fondation 3 mois au moins avant la naissance du droit.

Cette déclaration est irrévocable à partir du moment où le délai de 3 mois est dépassé.

Les prestations résultant d'un rachat ne peuvent être versées sous forme de capital avant l'échéance d'un délai de trois ans.

SIGNATURES

Signature du conjoint/partenaire enregistré (obligatoire pour les personnes mariées, liées par un partenariat enregistré ou séparées) : _____

La signature du conjoint/partenaire enregistré doit être authentifiée par un notaire ou un organisme officiel.

Authentification de la signature du conjoint/partenaire enregistré _____

(sceau et signature)

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

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