

# INDICATION DE PAIEMENT DU CAPITAL DE PRÉVOYANCE

**Profmed**

## DONNEES PERSONNELLES DE L'ASSURE(E)

Nom et prénom : ..... Date de naissance : .....

N° AVS : .....

E-mail : ..... Téléphone : .....

Etat civil :  célibataire  marié(e)  divorcé(e)  veuf(ve)

lié(e) par un partenariat enregistré  partenariat dissous

Merci de joindre une photocopie d'une pièce d'identité, ainsi que, pour les personnes non-mariées/non-liées par un partenariat enregistré, un certificat d'état civil à demander à la commune d'origine.

## J'ATTESTE QUE (REPONSE OBLIGATOIRE)

- J'ai l'intention de quitter la Suisse ou je ne réside pas en Suisse.  
Je prends note qu'un impôt à la source sera retenu sur le capital de prévoyance.

Adresse à l'étranger :

Rue : .....

NPA, Lieu : .....

Pays : .....

- Je n'ai pas l'intention de quitter la Suisse.  
Je prends note que le montant de la prestation en capital sera déclaré par écrit à l'administration des contributions.

## COORDONNEES DE PAIEMENT

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

IBAN (max. 34 chiffres) : .....

Devise :  CHF  EUR

Banque/Poste : ..... NPA, Lieu : .....

Titulaire du compte : .....

## 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) : .....