

## Demande de transfert de la prestation de sortie

### Données personnelles de l'assuré(e)

Nom				
Prénom				
N° AVS	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> / <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> / <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>	
E-mail	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>	
Adresse	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
Etat civil	<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> marié(e)	<input type="checkbox"/> divorcé(e)	<input type="checkbox"/> veuf(ve)
	<input type="checkbox"/> lié(e) par un partenariat enregistré	<input type="checkbox"/> partenariat dissous		
Je suis en incapacité de travail des suites d'une maladie ou d'un accident			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, depuis quelle date	<input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> / <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> / <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>			

### Indications au sujet du transfert

Veuillez 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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je n'entre pas dans une nouvelle institution de prévoyance et souhaite que ma prévoyance soit maintenue sous forme de compte de libre passage auprès de la Fondation Opsion Libre Passage (prestation de libre passage minimale de CHF 20'000.-).

### Coordonnées de paiement

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

IBAN	<input type="text"/>
Banque / Poste	<input type="text"/>
NPA, Lieu	<input type="text"/>
Titulaire du compte	<input type="text"/>

### Signature

Par ma signature, j'autorise expressément la fondation à transmettre les informations nécessaires au transfert de ma prestation de libre passage.

Date	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Signature de l'assuré(e)
Lieu	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	

