

Règlement de la prestation de vieillesse sous forme de capital

Employeur

Raison sociale: _____ N° de contrat: _____

Personne assurée

Nom: _____ N° assurance sociale: _____

Prénom: _____ Date de naissance: _____

Adresse: _____ Etat civil: _____

NPA/localité: _____ Profession: _____

Coordonnées de versement

Nom de la banque: _____

Adresse: _____

NPA/Localité: _____

Compte (IBAN): _____

BIC, si à l'étranger: _____

Titulaire du compte: _____

Annexes (A remettre selon votre état civil)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Personne assurée
célibataire ou veuve: | Certificat individuel d'état civil récent ou
une autre attestation officielle récente de l'état civil |
| <input type="checkbox"/> Personne assurée mariée, séparée
ou en partenariat enregistré: | Signature légalisée du conjoint ou partenaire devant notaire,
président de commune, guichet du Groupe Mutuel, etc. |
| <input type="checkbox"/> Personne assurée divorcée: | Jugement de divorce et certificat individuel d'état civil récent |

Lieu et date:

Signature de la personne assurée:

Lieu et date:

Signature du conjoint ou partenaire enregistré:
