

Avis de sortie

Employeur

Raison sociale Contrat n°

Données personnelles de l'assuré(e)

Nom

Prénom

N° AVS . . . Date de naissance | | / | | / | | | |

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

Motif économique restructuration autre

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.)

Signature

Date / /
Lieu

Timbre, signature de l'employeur



Si l'assuré(e) dispose des éléments nécessaires pour le transfert de sa prestation de sortie, il(elle) peut d'ores et déjà remplir le formulaire au verso.

