

Prestation de libre passage

A remplir par l'assuré(e)

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse complète: _____ Contrat No: _____

Etes-vous en incapacité de travail par suite de maladie ou d'accident? oui non

Si oui, depuis quelle date? _____

Transfert de la prestation libre passage

a. La prestation de libre passage doit être versée à l'institution de prévoyance du nouvel employeur

Nouvel employeur: _____

Institution de prévoyance: _____

b. L'assuré(e) demande le versement en espèces de la prestation de libre passage selon l'art. 5 de la LFLP.

Je quitte définitivement la Suisse et prends domicile dans:

un Etat de l'UE/l'AELE

un autre Etat

Nom du pays: _____

Lors du départ définitif de Suisse pour un Etat membre de l'UE/l'AELE, le versement de la part minimale LPP sera effectué en espèces sur présentation d'une attestation de non assujettissement aux assurances sociales du nouveau pays de résidence. Cette attestation doit être retirée auprès du Fonds de garantie LPP, Case postale 1023, 3000 Berne (Tél. 031 380 79 71). Joindre une attestation de domicile à l'étranger ainsi qu'une attestation du contrôle des habitants de la commune de départ.

c. Je m'établis à mon compte. (Joindre une attestation pour une activité d'indépendant établie par la Caisse AVS)

En cas de versement en espèces, joindre un certificat individuel d'état civil pour la personne assurée célibataire ou en cas de divorce, une copie du jugement.

La personne assurée a-t-elle procédé à un rachat d'années depuis le 1er janvier 2006? oui non

Pour la personne assurée mariée, le conjoint ou le partenaire enregistré donne son consentement pour le versement en espèces (Authentification de la signature).

Lieu et date:

Signature du conjoint/partenaire enregistré:

Coordonnées de paiement:

d. L'assuré(e) atteste ne pas avoir de nouvel employeur et désire maintenir la prévoyance au moyen d'un compte de libre passage auprès de:

la Banque Cantonale du Valais

d'une banque de son choix. Nom et adresse de la banque: _____

au moyen d'une police de libre passage. Nom de la compagnie d'assurance: _____

Joindre une copie du formulaire d'ouverture du compte ou de la police de libre passage.

Lieu et date:

Signature de l'assuré(e):

