

Avis de sortie – Prévoyance professionnelle obligatoire

A compléter par la personne assurée

Prénom: _____ Nom: _____
Date de naissance: _____ Sexe: Masculin Féminin
Etat civil: _____ Depuis le: _____

- 1 Poursuivre une activité dépendante auprès d'un nouvel employeur affilié à une institution de prévoyance

Transmettre les coordonnées de paiement de la nouvelle institution de prévoyance ou BVR

- 2 Travailler probablement l'an prochain pour le même employeur

La Fondation Rurale de prévoyance est autorisée à conserver pour une durée limitée la prestation de libre passage. Le transfert auprès d'une autre institution de prévoyance ou institution de libre-passage reste possible en tout temps

- 3 Ne plus être assujéti à la LPP et demande le transfert de la prestation de libre passage sur une police ou un compte de libre passage

Institution de libre passage au choix de l'assuré

Rente Genevoise

- 4 *Restitution (art 5. LFLP) S'établir en qualité d'indépendant Départ définitif à l'étranger

Pays: _____

***En cas de versement en capital la signature authentifiée du conjoint est obligatoire**

La Fondation Rurale de prévoyance contactera la personne assurée pour lui demander les documents nécessaires au paiement de la prestation sous forme de capital

Sans réponse de l'assuré, la prestation de libre-passage sera transférée sur un compte de libre-passage au nom de l'assuré auprès de la Fondation Institution Supplétive, en conformité avec l'art. 4 LFLP.

Lieu et date

Signature de la personne assurée

Accord du conjoint ou du partenaire enregistré en cas de retrait du capital

Le/la soussigné(e) consent au versement de l'avoir de vieillesse sous forme de capital

Nom, prénom, date de naissance: _____
(Veuillez transmettre une copie de la pièce d'identité du conjoint)

Lieu et date

Signature du conjoint

Authentification de signature impérative si le capital excède CHF 10'000 (Notaire, collaborateur AgriGenève)

Lieu et date

Nom en toutes lettres et signature de la personne autorisée

Avis de sortie – Prévoyance professionnelle obligatoire

A compléter par la personne assurée – Données complémentaires

No. AVS (NSS): 756.

Téléphone: _____ Email: _____

Rue: _____

NPA, lieu: _____

Adresse à l'étranger si applicable

Rue: _____

NPA, lieu, pays: _____

Ce document valablement complété et
signé, ainsi que les éventuelles annexes,
sont à retourner à:

**Fondation rurale de prévoyance
c/o AgriGenève
Rue des Sablières 15
1242 Satigny**

*En cas de questions ou pour toutes informations complémentaires, la fondation se tient à votre disposition
au 022 939 03 06 ou par mail à l'adresse raison@agrigenve.ch*