

## Avis de sortie – Prévoyance professionnelle obligatoire

### A compléter par l'employeur

#### Données de l'employeur

Raison sociale: \_\_\_\_\_  
Rue: \_\_\_\_\_  
NPA, lieu: \_\_\_\_\_  
N° d'employeur: \_\_\_\_\_

#### Données de la personne assurée (salarié)

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_  
Date de naissance: \_\_\_\_\_ Sexe:  Masculin  Féminin  
No. AVS (NSS): 756. \_\_\_\_\_  
No. téléphone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Rue: \_\_\_\_\_  
NPA, lieu: \_\_\_\_\_  
Adresse à l'étranger si applicable  
Rue: \_\_\_\_\_  
NPA, lieu, pays: \_\_\_\_\_  
 Adresse inconnue

#### Données sur l'activité salariée

Début des rapports de services: \_\_\_\_\_  
Fin des rapports de services: \_\_\_\_\_  
Salaire AVS annuel brut en espèce et en nature:  
Année en cours - du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ CHF \_\_\_\_\_  
Année précédente - du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ CHF \_\_\_\_\_

Lieu et date

Timbre et signature de l'employeur

➔ Veuillez faire compléter la page 2 par le salarié.

## A compléter par la personne assurée

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_  
Date de naissance: \_\_\_\_\_ Sexe:  Masculin  Féminin

La personne assurée déclare :

- 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**

- 2  Travailler probablement l'an prochain pour le même employeur  
La Fondation Rurale de prévoyance professionnelle 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 assujetti à la LPP et demande le transfert auprès d'une institution de libre passage  
**Transmettre les coordonnées de paiement d'une institution de libre passage**, le cas échéant procéder à l'ouverture d'un compte ou d'une police de libre-passage

- 4  Quitter définitivement la Suisse, et demander le versement en espèces de la prestation de libre passage

**Joindre :**

- Attestation de départ de la commune de domicile ;
- Copie d'une pièce d'identité
- Copie du certificat d'état-civil datant de moins de 6 mois, pour les personnes non-mariées.
- Copie d'une pièce d'identité du conjoint, le cas échéant
- Coordonnées de paiement

En cas de départ dans un pays de l'UE ou de l'AELE : le formulaire "Paiement en espèces en cas de départ à l'étranger", valablement complété, signé et validé par l'autorité compétente. Pays de départ : \_\_\_\_\_ Disponible sous : [www.verbindungstelle.ch](http://www.verbindungstelle.ch)

- 5  S'établir en qualité d'indépendant, demander le versement en espèces de la prestation de libre passage

**Joindre :**

- Attestation d'indépendant d'une caisse de compensation AVS
- Copie d'une pièce d'identité
- Copie du certificat d'état-civil datant de moins de 6 mois, pour les personnes non-mariées.
- Copie d'une pièce d'identité du conjoint, le cas échéant
- Coordonnées de paiement

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 l'Institution supplétive, en conformité avec l'art. 4 LFLP.

Pour les variantes 4 et 5, un **certificat de famille datant de moins de douze mois est à fournir**. Pour l'assuré marié ou en partenariat enregistré la signature du conjoint est impérativement requise. Pour le cas où le montant de la prestation sous forme de capital excéderait **CHF 10'000** il sera demandé une **authentification de la signature du conjoint**, soit devant notaire soit au siège de la FRP, pour valider le présent formulaire.

Lieu et date

Signature de la personne assurée

**Accord du conjoint ou du partenaire enregistré (variantes 4 et 5)**

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

Nom, prénom, date de naissance: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Lieu et date

\_\_\_\_\_  
Signature du conjoint ou du partenaire enregistré

Veillez transmettre une pièce d'identité de l'assuré et du partenaire non-enregistré.

\_\_\_\_\_  
Lieu et date

\_\_\_\_\_  
Nom en toutes lettres et signature de la personne autorisée

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

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