

## Sortie

---

### Personne assurée

---

Prénom Date de naissance

Nom Numéro AVS

Adresse Etat civil

NPA / localité Numéro de tél

E-mail

---

### Date de sortie

---

JJ/MM/AAAA

---

### Capacité de travail

---

Je dispose actuellement de ma pleine capacité de travail  oui  non

Si non, raison: .....

---

### Nouvel employeur (virement à la nouvelle caisse de pension)

---

Nom de la nouvelle caisse de pension

Adresse

### **Coordonnées de paiement (veuillez joindre un bulletin de versement)**

Compte postal

Banque NPA, localité

N° de clearing Compte n°

N° IBAN SWIFT/BIC

Les éventuels frais et pertes dues aux cours du change découlant des paiements à l'étranger sont à la charge du destinataire.

### **Caisse de pension SR Technics Switzerland**

c/o Avadis Prévoyance SA, Zollstrasse 42, Case postale 1077, 8005 Zurich

T +41 58 585 76 76, F +41 58 585 29 00, srtechnics@avadis.ch, www.pk-srtechnics.ch

---

**Pas de nouvel employeur (virement à une institution de libre passage)**

---

Institution de libre passage (joindre la demande d'ouverture de compte ainsi qu'un bulletin de versement)

Nom

Fondation Institution Supplétive

---

**Demande de paiement en espèces**

---

Vous ne travaillez plus en Suisse ou au Liechtenstein et n'y habitez plus. Votre pays de domicile n'est PAS un Etat membre de l'EU ou de l'AELE. (joindre une attestation de départ délivrée par la commune)

Vous ne travaillez plus en Suisse ou au Liechtenstein et n'y habitez plus. Votre pays de domicile est un Etat membre de l'EU ou de l'AELE. (joindre une attestation de départ délivrée par la commune)

Vous n'êtes PAS assujetti/e aux assurances sociales dans votre pays de domicile. (joindre une pièce justificative de votre pays de domicile)

Vous êtes assujetti/e aux assurances sociales dans votre pays de domicile ou dans un autre pays de l'UE/AELE (paiement des prestations surobligatoires uniquement; pour le versement des prestations obligatoires, veuillez remplir la rubrique «Pas de nouvel employeur»)

Vous devenez indépendant/e en Suisse. (joindre une confirmation de la caisse de compensation AVS)

Votre prestation de libre passage est inférieure à votre cotisation annuelle.

**Coordonnées de paiement (veuillez joindre un bulletin de versement)**

Compte postal

Banque

NPA, localité

N° de clearing

Compte n°

N° IBAN

SWIFT/BIC

Les éventuels frais et pertes dues aux cours du change découlant des paiements à l'étranger sont à la charge du destinataire.

---

**Maintien de la prévoyance professionnelle selon l'art. 47a LPP**

---

Si vos rapports de travail ont été résiliés par votre employeur, que vous ne vous affiliez pas à une nouvelle institution de prévoyance et que vous avez atteint l'âge minimum selon le règlement en vigueur pour le maintien de la prévoyance professionnelle selon l'art. 47a LPP, vous pouvez demander le maintien de leur assurance. Pour plus d'informations et de détails sur l'âge minimum, les prestations et les délais, veuillez vous référer aux règlements actuellement en vigueur. Si vous remplissez les conditions et décidez de maintenir votre assurance, veuillez demander l'accord sur le "Maintien de la couverture d'assurance après la sortie de l'assurance obligatoire selon l'art. 47a LPP".

**Caisse de pension SR Technics Switzerland**

c/o Avadis Prévoyance SA, Zollstrasse 42, Case postale 1077, 8005 Zurich

T +41 58 585 76 76, F +41 58 585 29 00, srtechnics@avadis.ch, www.pk-srtechnics.ch

---

**Conditions d'un retrait en capital**

---

Si des fonds de prévoyance sont mis en gage, l'accord écrit du créancier gagiste doit être remis.

Pour les personnes non mariées: attestation officielle de l'état civil (datant de moins de 6 mois)

Pour les couples mariés et enregistrés: consentement du partenaire au versement en espèces

Lieu et date

.....  
Signature du conjoint/partenaire

Lieu et date

.....  
Attestation officielle de la signature (légalisée  
par un notaire ou par le contrôle des habitants)

---

**Confirmation de l'exactitude des données**

---

J'ai lu la notice d'information et confirme l'exactitude des indications fournies dans ce formulaire.

Lieu et date

.....  
Signature de la personne assurée