

Annonce retrait en capital

Titre :	☐ Monsieur ☐ Madame	Date de naissance :	
Nom :		Prénom :	
Rue :		Numéro :	
NPA :		Lieu :	
Pays :		Nationalité(s) :	
E-mail :		Téléphone :	

(ci-après « personne assurée »)

1. Autres données

Employeur :		Date de la retraite :	
Numéro AVS :		Date de naissance du conjoint/partenaire enregistré :	
État civil :		Date du mariage/de l'enregistrement du partenariat :	

2. Déclaration relative au versement de la prestation de vieillesse

La personne assurée souhaite :

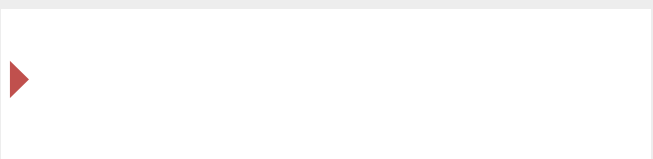
- ☐ retirer l'intégralité de sa prestation de vieillesse sous forme de capital
- ☐ retirer une partie de sa prestation de vieillesse sous forme de capital :
 % du montant total ou
CHF

La personne assurée prend acte du fait que

- un versement en capital entraîne une réduction correspondante des prétentions réglementaires à la rente de vieillesse, aux rentes pour enfant de personnes retraitées, à la rente du conjoint survivant ainsi qu'aux rentes d'orphelin, ou peut les acquitter ;
- un versement en capital partiel au moment de la retraite est prélevé au prorata de l'avoir de vieillesse selon la LPP et de l'avoir de vieillesse surobligatoire ;
- pour les rachats volontaires, un délai de blocage de trois ans s'applique pour les versements en capital ;
- ce choix de retirer l'avoir en capital s'applique à toutes les étapes de la retraite partielle (si la personne assurée souhaite opter pour un autre modèle pour les étapes suivantes de sa retraite, elle doit remettre un nouveau formulaire).

3. Déclaration

En signant le présent document, la personne assurée autorise VZ Prévoyance SA à communiquer le montant de la prestation échue conformément à la déclaration ci-dessus et la date de son versement à la succursale bancaire par l'intermédiaire de laquelle les prestations de prévoyance et les prestations de libre passage sont habituellement versées, selon le contrat de service conclu avec la fondation. Cette autorisation vaut aussi, le cas échéant, pour la succursale de la société qui réassure les risques de décès et d'invalidité.

Date :			
Nom :		Nom :	
			
Personne assurée		Conjoint/partenaire enregistré	

