

Notification de retraite

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 :
Numéro AVS :
État civil :

Date de la retraite :
Date de naissance du conjoint/partenaire enregistré :
Date du mariage/de l'enregistrement du partenariat :

Obligation alimentaire : ☐ Oui ☐ Non

(Enfants plus jeunes que 18 ans ou jusqu'à 25 ans si en formation)

La personne assurée dispose-t-elle de sa pleine capacité de travail : ☐ Oui ☐ Non

La personne assurée perçoit-elle une autre rente : ☐ Oui ☐ Non

(si oui : ☐ AI ☐ assurance militaire ☐ assurance accidents)

Retraite partielle : ☐ Oui ☐ Non

Taux de retraite partielle:

Retraite anticipée : ☐ Oui ☐ Non

Versement : ☐ Rente ☐ Capital

☐ Capital partiel CHF :

2. Versement

IBAN :
Institut financier :

Titulaire du compte :
Lieu :

3. Conditions pour le versement en espèces

- **Pour les personnes assurées célibataires** : copie du certificat d'état civil (ne datant pas de plus de 3 mois)
- **Pour les personnes assurées mariées** : signature du conjoint ou du partenaire enregistré et authentification notariée
- **En cas de rachat dans la caisse de pension au cours des 3 dernières années**: transmettre une attestation fiscale (les rachats effectués ne peuvent pas être retirés sous forme de capital avant l'échéance d'un délai de 3 ans. De manière générale, les rachats et les retraits de prestations en capital du 2^e pilier (caisse de pension, libre passage) dans un délai de 3 ans ne sont pas acceptés fiscalement)



4. 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

Authentification par acte notarié

obligatoire pour les personnes mariées ou en partenariat enregistré en cas de retrait en capital

