

## DEMANDE DE TRANSFERT DE LA PRESTATION DE LIBRE PASSAGE OU MAINTIEN DE L'ASSURANCE

### DONNÉES PERSONNELLES

Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : _____	N° tél. : _____
Etat civil : _____ Date du mariage / partenariat enregistré : _____ (renseignements indispensables en cas de demande de transfert)	
Adresse exacte : _____	
N° postal : _____	Lieu : _____
Êtes-vous incapable de travailler pour des raisons de santé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, depuis quand : _____	

### DEMANDE DE L'ASSURÉ

**Transfert de la prestation de sortie au fonds de prévoyance du nouvel employeur ou d'une institution de libre passage (joindre impérativement un bulletin de versement ou une copie du relevé de compte ou du formulaire d'ouverture de compte):**

Nom de l'institution de prévoyance  
ou de l'institution de libre passage : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° postal et localité : \_\_\_\_\_

Contrat n° : \_\_\_\_\_

N° du compte postal de l'institution : \_\_\_\_\_  
**ou**  
Nom de la banque de l'institution : \_\_\_\_\_

N° du compte postal de la banque : \_\_\_\_\_

N° du compte bancaire de l'institution (IBAN) : \_\_\_\_\_

**Nom et adresse du nouvel employeur :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Maintien du compte individuel :**

avec paiement de cotisations pour la couverture des risques de décès et d'invalidité.  
(la couverture est limitée à une année)

sans cotisation.

Lieu et date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_