

DEMANDE DE RENTE DE VIEILLESSE / PRESTATION EN CAPITAL

No d'affiliation :

Nom employeur / médecin indépendant :

Données de l'assuré(e)

Nom Prénom

Rue, no NPA, lieu

No AVS Date de naissance

Courriel Téléphone

Etat civil célibataire veuf/veuve marié/e partenariat enregistré divorcé/e
 partenariat dissous

Nom conjoint Prénom

Date de naissance

Souhaitez-vous rester membre de l'Association Romande de Médecins (AROMED) ? oui non

Forme de la prestation de vieillesse

La personne assurée désire le retrait de sa prestation de vieillesse au

sous forme de rente auprès de Retraites Populaires - Proposition no

sous forme de capital

Données de virement de l'assuré(e)

Titulaire du compte :

No IBAN ou compte postal :

Banque (Nom, NPA, lieu) :

Signature(s)

La personne soussignée certifie l'exactitude et l'intégralité des données

Lieu et date

Signature de l'assuré(e)

La personne soussignée donne son accord pour une perception du capital

Signature du conjoint / partenaire enregistré

Authentification de la signature du conjoint
(sceau et signature de l'organisme officiel)