

Avis de sortie pour salariés

(à remplir et signer par l'employeur)

No d'affiliation : _____ Employeur / Médecin indépendant : _____

Données personnelles de l'assuré(e)

Nom _____ Prénom _____

Rue, no _____ NPA, lieu _____

Etat civil célibataire mariée(e) lié(e) par partenariat enregistré divorcé(e) veuf/veuve

Téléphone _____ Courriel _____

Indication concernant la sortie

Date du départ _____ / _____ / _____

La sortie n'est possible que pour une fin de mois

La personne assurée jouit-elle de sa pleine capacité de travail à la date de sortie ? oui non

Si non, l'incapacité de travail a débuté le : _____ / _____ / _____

L'employeur soussigné confirme l'exactitude et l'intégralité des indications ci-dessus.

Lieu et date

Timbre et signature(s) de l'employeur

Utilisation de la prestation de libre passage (facultatif)

- L'utilisation de la prestation de sortie nous est inconnue
⇒ *La Fondation AROMED se charge de prendre contact avec l'assuré(e) sortant(e)*
- La nouvelle institution de prévoyance est connue
⇒ *Veuillez compléter la partie ci-dessous et la faire signer à l'assuré(e) sortant(e)*
- Il s'agit d'une sortie suite à un départ en retraite
⇒ *Compléter le formulaire de départ à la retraite*

Transfert auprès d'une institution de prévoyance

Nom de l'institution de prévoyance _____

Adresse _____

Nom et adresse de la banque _____

IBAN / Numéro de compte _____

Merci de joindre un bulletin de versement ou un document relatif au transfert de la prestation de sortie provenant de la nouvelle institution de prévoyance.

Date, lieu, signature de l'assuré(e) sortant(e) _____ / _____ / _____, _____, _____

(à faire signer seulement si l'institution de prévoyance est connue)

