



Personne assurée:

N° d'affiliation:

## Avis de sortie pour assurance facultative

Résiliation pour le (= fin de l'assurance): \_\_\_\_\_

### Informations relatives à la personne

No ass. soc.: \_\_\_\_\_ Langue:  D  F  I  
Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
Sexe:  M  F Date de naissance: \_\_\_\_\_  
Etat civil:  célibataire  marié(e)  Partenariat enregistré  
 veuf/veuve  divorcé(e)  Partenariat dissous  
Date de mariage ou d'enregistrement du partenariat ou de divorce: \_\_\_\_\_  
Rue, no: \_\_\_\_\_  
NPA: \_\_\_\_\_ Domicile: \_\_\_\_\_

### Etat de santé

La personne assurée était/est à la date de la sortie

entièrement apte au travail  pas entièrement apte au travail\*  invalide au sens de l'AI à \_\_\_\_%\*\*

Si vous n'êtes pas entièrement apte au travail, veuillez toujours joindre les certificats médicaux correspondants et/ou les décomptes de l'assurance accident ou d'indemnités journalières maladie.

\* Veuillez compléter la déclaration d'incapacité de travail

\*\* Veuillez joindre la décision AI

Par sa signature, la personne assurée confirme avoir annoncé toutes les mutations.

\_\_\_\_\_  
Lieu:

\_\_\_\_\_  
Date:

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne assurée



Stiftung Auffangeinrichtung BVG  
Fondation institution supplétive LPP  
Fondazione istituto collettore LPP

**Confidentiel**

Fondation institution supplétive LPP  
Prévoyance LPP  
Elias-Canetti-Strasse 2  
Case postale  
8050 Zurich

**Confidentiel**

Fondation institution supplétive LPP  
Prévoyance LPP  
Elias-Canetti-Strasse 2  
Case postale  
8050 Zurich

Nous vous remercions de joindre cette page de garde aux documents que vous nous renvoyez.

Veillez nous renvoyer vos documents sans les relier (pas de trombones, d'agrafes ni de scotch).

