

## **Demande de paiement en capital**

### **Personne assurée**

Nom	Prénom	Numéro SVN
_____	_____	_____
Adresse	No postal et lieu	Etat civil
_____	_____	_____

Par la présente, la personne assurée demande qu'à l'âge de la retraite

l'ensemble de son avoir de vieillesse

ou \_\_\_\_\_ CHF de son avoir de vieillesse (partie restante sous forme de rente)

ou \_\_\_\_\_ % de son avoir de vieillesse (partie restante sous forme de rente)

soit versé sous forme de capital. Elle prend note que cette déclaration est irrévocable et que tous les droits vis-à-vis de l'institution de prévoyance relatifs à la partie de l'avoir de vieillesse concernée sont éteints. Cela signifie que cette partie de vieillesse ne donnera pas lieu au versement d'une rente de vieillesse, de conjoint, d'orphelin ou d'enfant de retraité.

Le versement en capital pour une personne mariée, nécessite le consentement par écrit de son conjoint et une légalisation des signatures.

**Lieu et date**

**Signature de la personne assurée**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Je suis d'accord avec le versement en capital**

**Signature du conjoint**

\_\_\_\_\_

**Authentification officielle des deux signatures**