

Formulaire de demande afin de déterminer l'assujettissement à l'assurance sociale dans un pays de l'UE ou de l'AELE après avoir quitté définitivement la Suisse

Application form to determine social insurance liability in an EU or EFTA Member State after permanent departure from Switzerland

Données du demandeur
Information about the applicant

Prénom (s):
Forename (s):

1^{er} nom: 2^{ème} nom:
1st surname: 2nd surname:

Nationalité: No de la carte d'identité:
Nationality: Personal identity document No:

Date de naissance: No AVS:
Date of birth: AHV – No:

Date du départ de la Suisse: (joindre l'attestation de départ)
Date of leaving Switzerland: (enclose the certificate of departure)

Adresse en Suisse / *Address in Switzerland:*

.....
.....
.....

Nouvelle adresse / *New address:*

.....
.....
.....

Institution de prévoyance en Suisse:
Occupational benefit scheme in Switzerland:

No du contrat d'assurance:
Contract number:

Employeur (raison sociale + adresse) / *Employer (name + place):*

.....
.....
.....

Le demandeur autorise le Fonds de garantie LPP à transmettre ses données personnelles à l'institution compétente d'un pays de l'UE ou de l'AELE., dans le cadre du transfert d'avoirs résultant de la prévoyance professionnelle. Il autorise également l'institution compétente du pays de l'UE ou de l'AELE à transmettre les résultats de ses investigations au Fonds de garantie LPP. En outre, le Fonds de garantie LPP est autorisé à transmettre ces résultats à toutes les instances concernées (institutions gérants des comptes et personne requérante).

The applicant authorises the LOB Guarantee Fund, for the purpose of passing on occupational benefit credit balances, to disclose his personal data to the competent body in an EU/EFTA country and authorises the competent body of a EU/EFTA country to inform the LOB Guarantee Fund of the outcome of the enquiries. The LOB Guarantee Fund is likewise authorised to inform all the parties involved (account keeping establishments and person making the application) of the outcome of the enquiries.

Le demandeur confirme l'exactitude des données ci-dessus.
The applicant confirms the accuracy of the above information.

Lieu, date:
Place, date:

Signature:
Signature:

(L'examen des conditions pour le versement en espèces et le versement de la prestation de libre passage est réalisé par l'institution de prévoyance compétente. / The competent occupational benefit scheme examines the conditions for a cash payment and payment of the vested benefit.)

A compléter par l'institution étrangère compétente:
To be completed by the competent foreign body:

L'institution compétente confirme que la personne susmentionnée, en date du (date de l'examen)
The competent body confirms that the above person on (date of examination)

est assujettie au système d'assurance sociale de l'état.
is subject to the State pension insurance scheme.

n'est pas assujettie au système d'assurance sociale de l'état.
is not subject to the State pension insurance scheme.

Lieu, date:
Place, date:

Signature, timbre:
Signature, stamp:

Le formulaire dûment complété et signé doit être remis au Fonds de garantie LPP, Organe de direction, case postale 1023, CH-3000 Berne 14. Une **copie du passeport ou de la carte d'identité** du demandeur doit être jointe à la demande.

*The form is to be completed, signed and sent to LOB Guarantee Fund, Business Office, Postfach 1023, CH-3000 Berne 14. A **copy of the applicant's passport or personal identity document** is to be enclosed with the application.*