

**Formulaire de demande afin de déterminer l'assujettissement à l'assurance sociale au Royaume Uni après avoir quitté définitivement la Suisse**

***Application form to determine social insurance liability in the United Kingdom after permanent departure from Switzerland***

**Les documents suivants doivent être joints à la demande:**

- Copie du passeport ou de la carte d'identité
- Copie de l'attestation de départ de la commune de résidence  
Frontaliers: document attestant la date précise de la fin des rapports de travail en Suisse
- Copie du certificat d'assurance ou du décompte de sortie de votre dernière institution de prévoyance

***The following documents must be attached to the application:***

- *Copy of a passport or identity card*
- *Copy of confirmation of departure from the local authority of residence*  
*Frontier workers: evidence of termination of the employment relationship in Switzerland (with precise date)*
- *Copy of the insurance certificate or calculation of vested benefit from last occupational benefit scheme*

---

**Données du demandeur**

***Information about the applicant***

Prénom(s): .....  
*Forename(s):*

1. Nom: ..... 2. Nom: .....  
*1<sup>st</sup> surname: 2<sup>nd</sup> 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 (frontaliers: date de la fin des rapports de travail en Suisse): .....  
*Date of leaving Switzerland (frontier worker: end of employment activity):*

Adresse en Suisse / *Adress in Switzerland:*

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

Adresse au Royaume Uni / *Address in the United Kingdom:*

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

Institution de prévoyance en Suisse (nom + adresse):  
*Occupational benefit scheme in Switzerland (name + adress):*

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

Numéro de contrat: .....  
*Contract number:*

Employeur en Suisse (nom + adresse) / *Employer in Switzerland (name + adress):*

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

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: ..... Signature: .....  
*Place, date: ..... 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.*)

---

**Cette attestation ne doit pas être recherchée par le demandeur. En effet, il incombe au Fonds de garantie LPP de rechercher cette attestation auprès de l'autorité étrangère. Nous vous prions ainsi de laisser cette partie en blanc. / *This certification should not be applied directly by the proposal. The LOB Guarantee Fund will contact the competent body.***

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: ..... Signature, timbre: .....  
*Place, date: ..... 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. / *The form is to be completed, signed and sent to LOB Guarantee Fund, Business Office, Postfach 1023, CH-3000 Berne 14.*