

# CAISSE DE PENSION HIRSLANDEN

## Formulaire

### Demande d'indemnité en capital

Vous pouvez retirer au moment de votre retraite un maximum de 100 % de votre avoir de vieillesse sous forme de capital si vous soumettez cette demande au plus tard 1 mois avant votre retraite.

#### Condition de validité de la demande :

Ce formulaire nous est parvenu au moins 1 mois avant votre départ à la retraite et nous en avons confirmé la réception par écrit. Aucune prestation n'est versée par l'assurance invalidité fédérale. Au moment du retrait, aucun événement assuré ne doit s'être produit.

Pour les personnes assurées mariées, le versement en capital n'est autorisé que si le conjoint donne son accord par écrit. En cas de versement d'un capital de plus de 50 000 CHF, la signature du conjoint doit également être certifiée officiellement. Vous pouvez obtenir l'attestation officielle dans votre commune de résidence, aussi bien chez le notaire qu'auprès de l'office des poursuites.

Les personnes assurées non mariées doivent joindre à la présente déclaration un justificatif officiel actuel de leur état civil (certificat de résidence ou autre document permettant de prouver l'état civil) si elles demandent un retrait de capital vieillesse de plus de 50 000 CHF.

Toute révocation de cette déclaration peut être faite par écrit jusqu'à un mois au maximum avant la retraite.

Je reconnais que les rachats effectués au cours de trois dernières années avant la retraite ne peuvent pas être retirés sous forme de capital.

J'ai effectué des rachats dans la caisse de pension  oui  non

Si oui, date et montant du dernier rachat Date: \_\_\_\_\_ Montant: \_\_\_\_\_

**Je demande à la date de la retraite le versement d'une indemnité en capital d'un montant de :**

CHF <sup>1)</sup> ou en % <sup>1)</sup>

\_\_\_\_\_

Nom / prénom

\_\_\_\_\_

Numéro personnel

\_\_\_\_\_

État civil

\_\_\_\_\_

Lieu/date

\_\_\_\_\_

**Signature de la personne assurée**

**Signature du conjoint** (lors d'un versement de plus de 50 000 CHF, une attestation officielle est requise)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Merci d'envoyer cette déclaration signée à l'adresse suivante :  
**Caisse de pension Hirslanden, Boulevard Lilienthal 2, 8152 Glattpark**