

ACHAT DE PRESTATIONS D'ASSURANCE

Nom / Prénom:

N° AVS/Npers:

Je, soussigné, confirme que

- 1) Je jouis actuellement de ma pleine capacité de travail
- Je suis actuellement au bénéfice d'indemnités perte de gain pour raison de maladie ou accident depuis le.....
- 2) Je n'ai aucun compte ou police de libre passage dans le cadre du 2^e pilier
- Je possède les comptes/polices de libre passage dans le cadre du 2^e pilier suivants (prière de joindre les extraits)

Solde/valeur de rachat au 31.12. _____	Nom/adresse/banque/assurance

3) Informations complémentaires pour les anciens indépendants

- Je n'ai aucun compte ou police de prévoyance dans le cadre de la prévoyance individuelle liée (pilier 3a)
- Je possède les comptes/polices pilier 3a suivants (prière de joindre les extraits/confirimations fiscales) :

Solde/valeur de rachat au 31.12. _____	Nom/adresse/banque/assurance

4) Informations complémentaires en cas de retour de l'étranger

- Je ne suis pas revenu(e) de l'étranger au cours des 5 dernières années
- Je suis entré(e) le et n'étais pas assuré(e) auprès d'une institution de prévoyance suisse
- Je suis entré(e) le et j'étais déjà assuré(e) auprès d'une institution de prévoyance suisse (prière de joindre le certificat d'assurance et/ou le décompte de sortie)

(marquer d'une X la rubrique concernée et compléter si nécessaire)

Lieu/date:

Signature de l'assuré(e):