



**DEMANDE DE PRELEVEMENT EN CAPITAL
DES PRESTATIONS DE VIEILLESSE**

- document à signer par le membre et son conjoint éventuel -

EMPLOYEUR

RAISON SOCIALE : _____

EMPLOYE

NOM : _____ N° AVS : _____ . _____ . _____ . _____
PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : ____ . ____ . 19 ____
ADRESSE PRIVEE : _____ TELEPHONE : _____
_____ ETAT CIVIL : _____
_____ E-MAIL : _____

DATE DE LA RETRAITE (ordinaire, anticipée ou différée) : _____ . _____ . _____

CONDITIONS D'OCTROI DES PRESTATION DE VIEILLESSE SOUS FORME DE CAPITAL

1. Le membre doit disposer sa **pleine capacité** de travail. En cas **d'incapacité**, le Conseil de Fondation doit accepter formellement sa demande.
2. Le membre doit faire connaître sa volonté écrite **au moins 3 mois avant** d'atteindre l'âge de la retraite ordinaire ou anticipée.
3. Si la retraite anticipée est proposée par l'Employeur, le délai n'est pas applicable.
4. Au cas où le membre revient sur sa décision d'option en capital, la Fondation se réserve le droit de lui faire supporter tout ou partie des frais y afférents.
5. Les prestations découlant d'un rachat (contribution volontaire) effectué dans les trois ans précédant la retraite ne peuvent être servies sous forme de capital (à l'exception des rachats versés en compensation d'une diminution de prestations à la suite d'un divorce ou de dissolution judiciaire du partenariat enregistré).

DÉCLARATION

- 1) Je déclare être en pleine capacité de travailler **oui / non**
- 2) Je désire exercer mon option en capital des prestations de vieillesse à raison de % (**entre 10 et 100%**)
- 3) Je prends acte qu'en cas de paiement des prestations de vieillesse sous forme de capital, sont réputés acquittées toutes les obligations réglementaires et légales de la Fondation, dans la mesure de l'option en capital choisie.

Lieu et date _____

Signature du membre

Signature du conjoint /partenaire enregistré
(obligatoire)

Prière de joindre une copie d'une pièce d'identité signée des deux conjoints.