|  |  |
| --- | --- |
| **Résiliation de l’affiliation à la CPS, avec rente successive dès le** |  |

|  |
| --- |
| 1. Données sur l’affilié(e)
 |
| Numéro AS | Numéro personnel | Date de naissance |
| Nom de famille | Nom de jeune fille | Prénom |
| Rue / numéro | NPA | Localité |
| Sexe | Nationalité | Lieu d’origine / pays |
| F [ ]  | M [ ]  |
| Etat civil |
| Célibataire[ ]  | Marié(e)[ ]  | Date de marriage | Veuve/veuf[ ]  | Divorcé(e)[ ]  |
| Lié(e) par un partenariat enregistré[ ]  | Date d’enregistrement | Partenariat dissous[ ]  |
| [ ]  | Attestation disponible (cf. formulaire «*Rente de partenaire : clause bénéficiaire en cas de décès»*) |
| [ ]  | Oui, je désire être avisé dorénavant des nouvelles CPS sur le site Web et je permets par la présente la CPS d’adresser des messages à mon adresse électronique suivante : @ |

|  |
| --- |
| 1. Données sur la conjointe/le conjoint ou partenaire enregistré(e)
 |
| Nom de famille et de jeune fille | Prénom | Numéro AS |
| Rué / numéro | NPA | Localité |
| Date de naissance | Lieu d’origine / pays |

|  |
| --- |
| 1. Données sur les enfants ayant droit
 |
| **Enfants adopés et confiés en garde : cf. Remarques importantes. A partir de 18 ans ; joindre justificatif de formation** |
| **Premier enfant** |
| Nom de famille | Prénom | Numéro AS |
| Rue / numéro | NPA | Localité |
| Date de naissance | Lieu d’origine / pays |
| **Deuxième enfant** |
| Nom de famille | Prénom | Numéro AS |
| Rue / numéro | NPA | Localité |
| Date de naissance | Lieu d’origine / pays |

|  |
| --- |
| 1. Plan de prévoyance
 |
| **Primauté des prestations**[ ]  | **Primauté des cotisations Plan A** mensuel[ ]  | **Primauté des cotisations Plan B**horaire[ ]  |
|
|

|  |
| --- |
| 1. Motif de la retraite
 |
| Retraite[ ]  | Retraite partielle[ ]  | Invalidité incapacité de gain[ ]  | Invalidité professionnelle[ ]  | Invalidité partielle[ ]  |
| Décès[ ]  | Date décès | Motif: | Accident[ ]  | Maladie[ ]  | Suicide[ ]  |
|  | sous forme de rentes \* | sous forme de capital |
| Compte complémentaire |[ ] [ ]
| Compte retraite anticipée |[ ] [ ]
| **\* =** uniquement si les conditions spécifiées à l’art. 21, al. 4 Règlement CPS sont satisfaites. |

|  |
| --- |
| 1. Retraite complète (en cas de prélèvement du capital, veuillez remplir le formulaire E)
 |
| Taux d’occupation avant la retraite | **%** |
| Gain assuré avant la retraite |
| Sans partie volontaire | **CHF** |
| Partie volontaire | **CHF** |
| Salaire vraisemblablement non perçu par l’affilié en cas d’invalidité |
| Sans partie volontaire | **CHF** |
| Partie volontaire | **CHF** |

|  |
| --- |
| 1. Retraite partielle (vieillesse partielle ou invalidité partielle)
 |
|  | **Avant** la retraite partielle | **Après** la retraite partielle |
| Taux d’occupation | **%** | **%** |
| Gain assuré | **CHF** | **CHF** |
| Salaire vraisemblablement non perçu | **CHF** | **CHF** |
| Allocations pour enfant | **CHF** | **CHF** |

|  |
| --- |
| 1. Invalidité
 |
|  | Oui | Non | Date d‘annonce |
| Signalée à l’AI ? |[ ] [ ]   |

|  |
| --- |
| 1. Retraite anticipée / Retraite anticipée partielle
 |
| Rente transitoire CPS | entière[ ]  | demie[ ]  | aucune[ ]  |
| Retraite AVS anticipée | Oui[ ]  | à l’âge de | Non[ ]  |
| **Retraite sur initiative de l’employeur** |
|  | Oui | Non |
| L’employeur a-t-il participé au rachat dans la Caisse de pension ? |[ ] [ ]
| La personne concernée va-t-elle recevoir une indemnité en capital/une indemnité de départ de l’employeur ? |[ ] [ ]
| Un contrat de travail individuel ou un contrat d’engagement sont-ils maintenus après la retraite ? |[ ] [ ]
| Autres |[ ] [ ]

|  |
| --- |
| 1. Prestations provenant du 1er pillier ou d’une autre assurance sociale
 |
| **(joindre copie de décision de rente/prestation)** |
|  | Affilié(e) |
| Rente AVS | **CHF** |
| Rente AI | **CHF** |
| Indemnités journalières AI | **CHF** |
| Rente AM | **CHF** |
| Rente SUVA/LAA | **CHF** |
| Autres | **CHF** |

|  |
| --- |
| 1. Coordonnées bancaires
 |
| Banque / Postfinance | Numéro IBAN | Adresse SWIFT ou BIC |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Timbre et signature de l’employeur** |
| Date  |  |  |
| Responsable |  |
| Numéro téléphone |  |

|  |
| --- |
| Remarques importantes |
| Merci de joindre les documents suivants : |
| [ ]  Invalidité professionnelle | Décision du service médical de l’administration |
| [ ]  Invalidité pour incapacité de gain | Décision AI de la caisse de compensation |
| [ ]  Décès | Certificat de décèspour veuves divorcées: copie du jugement de divorce |
| [ ]  En cas d’enfants ayant droit à une rente | * Contrat d’apprentissage ou attestation d’études pour les enfants entre 18 et 25 ans qui sont en formation professionnelle
* Copie du livret de famille/passeport
* Enfants adoptés ou confiés en garde : attestation officielle, extrait du registre des familles, document attestant la prise en charge de l’enfant
 |
| [ ]  Partenaire bénéficiaire | Attestation signée, y compris annexes |

|  |
| --- |
| Obligation de renseigner |
| La/le bénéficiaire de rente est tenu de signaler par écrit à la Caisse de pension SRG SSR :* Tout changement d’adresse de domicile ou d’adresse de paiement
* Changement d’état civil
* Droit aux prestations d’autres assurances sociales, en particulier de l’AVS/AI
* Revenu de bénéfice avant la prestation AVS/AI
* En cas d’invalidité : toute reprise d’une activité professionnelle.
 |
| **Je confirme avoir pris connaissance de ce qui précède; j’atteste également l’exactitude des données figurant sur le formulaire.**  |
| Date | Signature de l‘assuré(e) |