|  |  |
| --- | --- |
| **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 décès  pour 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) |