

## Avis de sortie pour salariés

(à remplir et à signer par l'employeur)

No d'affiliation : \_\_\_\_\_ Employeur / Médecin indépendant : \_\_\_\_\_

### DONNÉES PERSONNELLES DE L'ASSURÉ(E)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexe  F  H  
Rue, no \_\_\_\_\_ NPA, lieu \_\_\_\_\_  
État civil  célibataire  marié(e)  lié(e) par partenariat enregistré  divorcé(e)  veuf/veuve  
Téléphone \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

### INDICATION CONCERNANT LA SORTIE

Date du départ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*La sortie n'est possible que pour une fin de mois*

Est-ce un départ à la retraite ?  Oui  Non  
*Si oui, la personne assurée doit nous remettre le formulaire de départ à la retraite AROMED*

La personne assurée jouit-elle de sa pleine capacité de travail à la date de sortie ?  Oui  Non\*

Si non, l'incapacité de travail a débuté le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*\* Merci de joindre le formulaire de déclaration d'incapacité de travail*

### UTILISATION DE LA PRESTATION DE LIBRE PASSAGE (FACULTATIF)

Savez-vous dans quelle institution de prévoyance ou institution de libre passage doit-on transférer la prestation de sortie de l'assuré(e) sortant(e) ?  Oui  Non

**Si non**, la Fondation AROMED se charge de prendre contact avec l'assuré(e) sortant(e).

**Si oui**, veuillez nous communiquer les coordonnées de la nouvelle institution en complétant la page 2 du présent formulaire et le faire signer par l'assuré(e) sortant(e).

### SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

**L'employeur soussigné confirme l'exactitude et l'intégralité des indications ci-dessus.**

\_\_\_\_\_  
Lieu et date

\_\_\_\_\_  
Timbre et signature de l'employeur



**COORDONNÉES BANCAIRES POUR LE VERSEMENT À LA NOUVELLE INSTITUTION  
DE PRÉVOYANCE / LIBRE PASSAGE**

**Transfert auprès d'une institution de prévoyance ou de libre passage :**

Nom de l'institution de prévoyance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Nom et adresse de la banque \_\_\_\_\_

IBAN / Numéro de compte \_\_\_\_\_

Nom / Adresse du nouvel employeur \_\_\_\_\_

No de références/police/compte \_\_\_\_\_

*Merci de joindre un bulletin de versement ou un document relatif au transfert de la prestation de sortie provenant de la nouvelle institution de prévoyance.*

**SIGNATURE DE L'ASSURÉ(E) SORTANT(E)**

\_\_\_\_\_  
Lieu et date

\_\_\_\_\_  
Signature de l'assuré(e)

Vos données personnelles sont traitées conformément à la notice de confidentialité qui est disponible sur <https://aromed.ch/politique-de-confidentialite/>. La notice de confidentialité décrit notamment vos droits en matière de traitement de vos données ainsi que les coordonnées de notre conseiller à la protection des données.

