

Avis de sortie

Entreprise n°

Contrat n° /

Personnel fixe

Personne assurée	Nom	Prénom	Numéro d'assuré	
	Rue, NPA et localité		Date de naissance	Sexe
Etat civil	<input type="checkbox"/> Célibataire		<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	
	<input type="checkbox"/> Marié(e) depuis		<input type="checkbox"/> Lié(e) par un partenariat enregistré	
	<input type="checkbox"/> Veuf/veuve		<input type="checkbox"/> En partenariat dissous par décès	
			<input type="checkbox"/> En partenariat dissous judiciairement	

Fin des rapports de travail

Date de sortie		
La personne assurée dispose-t-elle de sa pleine capacité de travail?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Veillez nous faire parvenir le formulaire «Annonce d'un cas incapacité de travail» ainsi que les annexes correspondantes.		
Retraite anticipée?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui: une prise de contact va suivre.		
Le soussigné ou la soussignée confirme avoir remis le formulaire «Transfert de la prestation de libre passage» à la personne salariée sortante.		

Signature

Lieu et date	Cachet et signature de l'employeur
--------------	------------------------------------

A retourner à

Vorsorgestiftung Film und Audiovision
Durchführungsstelle
Postfach 300
8401 Winterthur