



## Demande de versement pour cause d'invalidité

---

*La forme masculine inclut aussi le féminin et le singulier le pluriel. Veuillez cocher les cases applicables et compléter le formulaire. Tous les champs sont obligatoires. Les ratures et traces de liquide correcteur sont interdites.*

Le preneur de prévoyance soussigné demande le versement de l'avoir de libre passage ci-dessous en raison de son invalidité.

### Coordonnées

N° de compte

\_\_\_\_\_

Madame     Monsieur

Nom

\_\_\_\_\_

Prénom

\_\_\_\_\_

Date de naissance

\_\_\_\_\_

Rue

\_\_\_\_\_

NPA localité

\_\_\_\_\_

Téléphone 1

\_\_\_\_\_

Téléphone 2

\_\_\_\_\_

Adresse e-mail

\_\_\_\_\_

Nationalité(s)

\_\_\_\_\_

N° AVS

\_\_\_\_\_

### État civil

célibataire

divorcé

depuis le (date)

\_\_\_\_\_

partenariat enregistré dissous

depuis le (date)

\_\_\_\_\_

veuf de conjoint ou partenaire enregistré

depuis le (date)

\_\_\_\_\_



marié/vivant en partenariat enregistré (veuillez compléter les champs ci-dessous)

- Date du mariage/d'enregistrement du partenariat \_\_\_\_\_
- Nom et prénom du conjoint/partenaire enregistré \_\_\_\_\_
- Date de naissance du conjoint/partenaire enregistré \_\_\_\_\_
- Sexe du conjoint/partenaire enregistré  féminin  masculin

### Instruction de versement

(Clôture, versement partiel impossible)

IBAN/N° de compte \_\_\_\_\_

Banque et IID (N° clearing)  
(en l'absence d'IBAN uniquement) \_\_\_\_\_

Prénom et nom du titulaire du compte \_\_\_\_\_

Adresse du titulaire du compte \_\_\_\_\_

NPA et localité du titulaire du compte \_\_\_\_\_

Délai (au plus tard 6 mois après  
la réception de la demande)  au plus tôt le ou \_\_\_\_\_

Je confirme l'exactitude et l'exhaustivité des indications ci-dessus et des documents soumis. Je confirme en particulier que j'ai légalement droit à une rente d'invalidité entière et que je n'ai demandé aucun remboursement à mon ancienne caisse de pension ou que la rente de la caisse de pension diminuera à la suite du versement en espèces. J'autorise la fondation de libre passage de la Banque WIR («fondation») à procéder au besoin à des vérifications complémentaires, notamment auprès des tribunaux, autorités et institutions de prévoyance. Les conséquences fiscales du versement ne sont pas vérifiées par la fondation et doivent être clarifiées par le preneur de prévoyance. La fondation décline toute responsabilité quant aux conséquences des éventuels retards de paiement et paiements non exécutés, en particulier dans le cas d'un versement en fin d'année. Je prends connaissance du fait qu'une éventuelle restriction du droit d'aliéner sur l'immeuble à la suite d'un versement anticipé au titre de l'encouragement à la propriété du logement ne peut être supprimée que sur demande expresse du preneur de prévoyance. **Le droit suisse s'applique. Le for et le lieu d'exécution est Bâle.**

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du preneur de prévoyance

\_\_\_\_\_  
Signature du conjoint ou du partenaire enregistré

À retourner avec toutes les annexes applicables à: Fondation de libre passage de la Banque WIR, case postale, 4002 Bâle



**Annexes obligatoires:**

- Copie d'une pièce d'identité officielle valide du preneur de prévoyance

---

- Copie d'une pièce d'identité officielle valide du conjoint ou du partenaire enregistré

ou, si le demandeur n'est pas marié, ne vit pas en partenariat enregistré

- Copie d'un certificat individuel d'état civil récent (disponible à l'office de l'état civil) ou d'une attestation officielle récente de l'état civil; et jugement de divorce/dissolution en cas de divorce/dissolution du partenariat les six mois précédents

---

- Copie d'une décision actuelle de l'assurance invalidité relative à une rente d'invalidité entière ou à un degré d'invalidité de 70% au moins

---

- Attestation de force de chose jugée de la décision de l'assurance invalidité, si cela n'apparaît pas sur la décision elle-même

---

- Attestation de l'ancienne caisse de pension confirmant que le remboursement de la prestation de libre passage pour cause d'invalidité n'est pas demandé