

Demande de remboursement à l'ancienne caisse de pension pour cause d'invalidité

La forme masculine inclut le féminin, le singulier et le pluriel. Veuillez cocher les cases correspondantes et compléter le formulaire. Tous les champs sont obligatoires. Les ratures et l'usage de correcteurs liquides sont interdits.

Le preneur de prévoyance soussigné demande le remboursement de l'avoir de libre passage ci-dessous à l'ancienne caisse de pension 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

Instruction de versement

(Le montant indiqué par l'ancienne caisse de pension sera remboursé)

IBAN/N° compte

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

Société/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. 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. 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 que la fondation de la Banque WIR doit transmettre la décision de justice à l'institution de prévoyance ci-après. **Le droit suisse s'applique. Le for et le lieu d'exécution est Bâle.**

Date

Signature du preneur de prévoyance

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 du courrier de l'ancienne caisse de pension mentionnant ses obligations suite à l'invalidité ainsi que le montant à rembourser

- Copie de la confirmation de l'ancienne caisse de pension indiquant que le compte cible appartient à une caisse de pension, si cela ne figure pas dans le courrier