

DEMANDE DE TRANSFERT DE LA PRESTATION DE LIBRE PASSAGE APRÈS 60 ANS

Si vous quittez la CPCL à l'âge de 60 ans ou plus, vous êtes éligible à des prestations de retraite, sauf si vous demandez le transfert de votre prestation de libre passage pour l'une des raisons évoquées dans ce formulaire. [ART. 2 AL. 1 BIS LFLP, ART. 38 RASS-CPCL](#)

DONNÉES PERSONNELLES

N° D'EMPLOYÉ·E	DATE DE NAISSANCE
NOM	PRÉNOM
ADRESSE	NPA/LOCALITÉ
E-MAIL	TÉLÉPHONE
JE SUIS EN PLEINE CAPACITÉ DE TRAVAIL :	OUI NON
SI NON, UNE DEMANDE ASSURANCE-INVALIDITÉ (AI) A ÉTÉ OU VA ÊTRE DÉPOSÉE :	OUI NON

1 TRANSFERT À UNE AUTRE INSTITUTION DE PRÉVOYANCE

J'exerce une nouvelle activité lucrative et suis affilié·e à une nouvelle institution de prévoyance.

NOM ET ADRESSE DE MON NOUVEL EMPLOYEUR :

NOM ET ADRESSE DE MA NOUVELLE INSTITUTION DE PRÉVOYANCE :

BANQUE N° IBAN

 Veuillez joindre une preuve d'affiliation à votre nouvelle institution de prévoyance.

Je suis à la recherche d'un emploi et me suis annoncé·e à l'assurance chômage.

NOM ET ADRESSE DE L'ASSURANCE/FONDATION DE LIBRE PASSAGE :

BANQUE N° IBAN

 Veuillez joindre une attestation d'inscription ou une copie de votre dernier décompte d'indemnités et le formulaire d'ouverture de la police ou du compte de libre passage.

2 MAINTIEN DE LA PRÉVOYANCE

J'exerce une activité indépendante et ne suis plus soumis-e à la prévoyance professionnelle obligatoire. Je souhaite que ma prévoyance soit maintenue au moyen d'un compte ou d'une police de libre passage.

NOM ET ADRESSE DE L'ASSURANCE/FONDATION DE LIBRE PASSAGE:

BANQUE

N° IBAN

📎 Veuillez joindre une attestation d'affiliation à une Caisse de compensation AVS en qualité d'indépendant et le formulaire d'ouverture de la police ou du compte de libre passage.

DÉCLARATION DE RENONCIATION

Par ma signature, je confirme avoir pris note qu'en optant pour la prestation de libre passage au lieu des prestations de retraite, je renonce à toute prétention actuelle et future envers la CPCL, principalement à toute prestation sous forme de rente.

LIEU/DATE

SIGNATURE DE L'ASSURÉ·E