

## Demande d'une retraite partielle (Règlement de prévoyance art. 22)

Ce formulaire ainsi que les documents nécessaires doivent être remis à la CP FSA **au plus tard 3 mois (6 mois en cas du retrait de l'avoir de vieillesse sous forme de capital)** avant la date de la retraite partielle prévue.

Nom de l'Employeur/Nom de l'Indépendant \_\_\_\_\_

1. Données concernant la personne assurée	Contrat N° _____
Nom et prénom	
Date de naissance	
No AVS	
Adresse	
NPA et localité	
État civil * Le concubinage doit être annoncé à la CP FSA par le formulaire „Confirmation d'une communauté de vie“.	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> veuf/veuve <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> en concubinage* <input type="checkbox"/> lié(e) par un partenariat enregistré <input type="checkbox"/> partenariat dissous judiciairement ou par décès
Date de la retraite partielle	
Nouveau taux d'occupation (en % après la réduction)	
Nouveau salaire/revenu annuel déterminant après la retraite partielle	
Est-ce que la personne assurée jouit de la pleine capacité de gain?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La prestation de vieillesse retirée correspond proportionnellement à la réduction du taux d'occupation/du revenu. Je confirme réduire mon activité professionnelle dans la mesure de la retraite partielle.	

Lieu et date	Signature employeur/indépendant
--------------	---------------------------------

### 2. Données concernant le conjoint/partenaire enregistré de la personne assurée

Nom et prénom	
Date de naissance	
No AVS	
Date de mariage / du partenariat enregistré	

### 3. Enfants ayant droit à une rente: jusqu'à 18 ans; ou de 18 à 25 ans et en formation ou plus que 2/3 invalide

Nom et prénom	
No AVS ou date de naissance	
Nom et prénom	
No AVS ou date de naissance	

## Demande d'une retraite partielle (Réglement de prévoyance art. 22)

### 4. Forme de retraite partielle

- Capital de vieillesse\* au montant de CHF \_\_\_\_\_ ou en \_\_\_\_\_ % de l'avoir de vieillesse
- Rente de vieillesse au montant de CHF \_\_\_\_\_ ou en \_\_\_\_\_ % de l'avoir de vieillesse

\* La demande de la perception du capital de vieillesse doit être annoncée par écrit auprès de la CP FSA au plus tard 6 mois avant la date de la retraite. Si des rachats ont été effectués dans les trois ans précédents la retraite, les prestations en résultant ne peuvent pas être perçues sous forme de capital.

Une retraite partielle s'effectue au maximum en trois étapes. Selon la législation fiscale vous avez la possibilité de demander en maximum deux fois le capital et une fois la rente. Si vous désirez retirer trois fois le capital, vous êtes priés de vous renseigner préalablement auprès de l'autorité fiscale de votre canton de domicile sur les conséquences fiscales.

Je prends note de ce qui suit:

- après le retrait de l'avoir de vieillesse sous forme de capital toutes les prestations réglementaires expirent.
- cette déclaration est **irrévocable dans les 6 mois avant l'âge de la retraite.**

### 5. Versement des prestations

Adresse de paiement pour le versement des prestations d'assurances:

**Nom de la banque ou de la poste, lieu**

**N° IBAN**

**Titulaire du compte**

La CP FSA peut exiger la présentation d'un certificat de vie pour le paiement des prestations de vieillesse.

### 6. Annexes

**Documents à joindre à la demande**  
(une photocopie suffit)

- Livret de famille ou extrait du registre de famille
- Attestation de formation pour enfants de 18 à 25 ans
- Décision AI pour enfants âgés plus de 18 ans en incapacité de gain

### 7. Obligation de la personne assurée d'annoncer

- Tout changement de domicile ou adresse de paiement
- Changement d'état civil
- Fin de formation des enfants de 18 à 25 ans et bénéficiant d'une rente d'enfant

### 8. Confirmation de l'exactitude des données

La personne assurée confirme l'exactitude de ces informations. Quiconque accepte une prestation indûment versée par la CP FSA doit la rembourser. En principe, la prestation est à rembourser avec intérêts.

**Signature de la personne assurée**

**Signature du conjoint/partenaire enregistré**

**Lieu et date**

**Lieu et date**

**La signature du conjoint/partenaire enregistré doit être légalisée !  
(Qu'en cas de la perception du capital de vieillesse)**

 **Ce formulaire est à retourner à: CP Fédération Suisse des Avocats, Marktgasse 50, Postfach, 3001 Bern**