

## Déclaration d'achat confirmation de l'avoir de libre passage et du pilier 3a

### Personne assuréé

Nom, prénom \_\_\_\_\_

Rue, n° \_\_\_\_\_

NPA, Lieu \_\_\_\_\_

- Je déclare par la présente qu'il n'existe en ma faveur ni droits de libre passage de rapports de travail antérieurs qui n'ont pas été apportés à la Pensionskasse der Saurer-Unternehmungen. ni avoirs du pilier 3a ayant été acquis avant l'âge de 25 ans ou en tant qu'indépendante.
  
- Je déclare par la présente qu'il existe en ma faveur les droits de libre passage suivants découlant de rapports de travail ou comptes du pilier 3a antérieurs
  - police de libre passage
  - compte de libre passage
  - avoirs auprès d'une autre institution de prévoyance
  - compte du pilier 3a (versements avant l'âge de 25 ans ou en tant qu'indépendante)
  
- Mes avoirs existent chez :  
(veuillez joindre un relevé de compte à jour)

| Nom et adresse | Montant | Valeur |
|----------------|---------|--------|
| _____          | _____   | _____  |
| _____          | _____   | _____  |
| _____          | _____   | _____  |

Avant qu'un rachat puisse être effectué, tous les avoirs sur des comptes de libre passage, des polices de libre passage et dans le pilier 3a (versements avant l'âge de 25 ans ou en tant qu'indépendant-e). ainsi que tous les retraits pour la propriété du logement doivent être divulgués. Le montant maximum de la somme de rachat se réduit de la somme totale des fonds de prévoyance placés à l'extérieur de la caisse de pension.

La déductibilité fiscale des cotisations fournies pour le rachat d'années de service s'aligne aux dispositions en matière d'impôts fédéraux et cantonaux. Toute omission ou imprécision dans les informations ci-dessus peut avoir des conséquences fiscales dont la personne assurée porte l'entière responsabilité.

Si des rachats sont effectués, les prestations qui en résultent ne peuvent pas être touchées sous forme de capital pendant les trois années suivantes.

J'ai pris connaissance du contenu de la présente :

\_\_\_\_\_  
Lieu et date

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne assurée