

ENTRÉE DE LA DEMANDE <input type="text"/>	CENTRE DE GESTION <input type="text"/>	IDENT. DU CAS <input type="text"/>
ENTRÉE DE LA DEMANDE <input type="text"/>	OFFICE DE PAIEMENT <input type="text"/>	VÉRIFIÉ PAR <input type="text"/>

EN-TÊTE DU FORMULAIRE – NE PAS REMPLIR

A remplir en majuscules

1. Données personnelles

Identité

HOMME <input type="checkbox"/>	FEMME <input type="checkbox"/>	N° AVS 7 5 6 . <input type="text"/>	DATE DE NAISSANCE <input type="text"/>
MARIÉ / E <input type="checkbox"/>	CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/>	DIVORCÉ / E <input type="checkbox"/>	VEUF / VE <input type="checkbox"/>
RETRAITE PRÉVUE POUR <input type="text"/>			
NOM <input type="text"/>		PRÉNOM <input type="text"/>	
NATIONALITÉ <input type="text"/>			

Adresse du domicile, contact

RUE <input type="text"/>	CANTON / PAYS <input type="text"/>		
NPA <input type="text"/>	LIEU <input type="text"/>		
TÉLÉPHONE <input type="text"/>	MOBILE <input type="text"/>		
E-MAIL <input type="text"/>			
DOMICILE SUISSE CONSERVÉ <input type="checkbox"/>	DOMICILE SUISSE ABANDONNÉ <input type="checkbox"/>	DATE DE DÉPART DE LA SUISSE <input type="text"/>	
JE DÉSIRE LA CORRESPONDANCE EN	FRANÇAIS <input type="checkbox"/>	ALLEMAND <input type="checkbox"/>	ITALIEN <input type="checkbox"/>

Parents

Epouse/époux

NOM <input type="text"/>	PRÉNOM <input type="text"/>	DATE DE NAISSANCE <input type="text"/>
-----------------------------	--------------------------------	---

Enfants de moins de 25 ans

NOM <input type="text"/>	PRÉNOM <input type="text"/>	DATE DE NAISSANCE <input type="text"/>
NOM <input type="text"/>	PRÉNOM <input type="text"/>	DATE DE NAISSANCE <input type="text"/>
NOM <input type="text"/>	PRÉNOM <input type="text"/>	DATE DE NAISSANCE <input type="text"/>

Périodes

▶ DE À

Taux d'occupation

100% TEMPS PARTIEL % CHÔMAGE

EMPLOYEUR OU CAISSE DE CHÔMAGE

RUE

N P A

LOCALITÉ

Statut de séjour

SAISONNIER SÉJOUR COURT

PROFESSION

CONTACT

TÉLÉPHONE / COURRIEL

▶ DE À

Taux d'occupation

100% TEMPS PARTIEL % CHÔMAGE

EMPLOYEUR OU CAISSE DE CHÔMAGE

RUE

N P A

LOCALITÉ

Statut de séjour

SAISONNIER SÉJOUR COURT

PROFESSION

CONTACT

TÉLÉPHONE / COURRIEL

3. Activité / fonction en tant que cadre dirigeant

Avez-vous exercé une activité énoncée au mémo « Cadres dirigeants » au cours des 25 dernières années ?

OUI NON

Si oui :

ACTIVITÉ / FONCTION

ENTREPRISE

DE / À

ACTIVITÉ / FONCTION

ENTREPRISE

DE / À

Avez-vous été associé à hauteur d'au moins 20% à une entreprise dans laquelle vous avez exercé une activité au cours des 25 dernières années ?

OUI NON

Si oui :

% DE PARTICIPATION

ENTREPRISE

DE / À

% DE PARTICIPATION

ENTREPRISE

DE / À

4. Revenu actuel

Veuillez cocher toutes les prestations actuelles !

<input type="checkbox"/>	Salaire Joindre des copies de tous les décomptes de salaire de l'année en cours ainsi que d'un décompte de salaire des deux années précédentes et les certificats de salaires des deux dernières années		
<input type="checkbox"/>	Indemnités journalières maladie Joindre les décomptes de l'année en cours (copies)	DEPUIS	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Indemnités journalières accident Joindre les décomptes de l'année en cours (copies)	DEPUIS	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Rente d'invalidité (AI) Joindre une copie de la décision de rente	DEPUIS	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Rente d'invalidité (Suva) Joindre une copie de la décision de rente	DEPUIS	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Rente d'invalidité (caisse de pension) Joindre une copie de la décision de rente	DEPUIS	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Indemnités de chômage Joindre des copies de tous les décomptes de la CC de l'année en cours	DEPUIS	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Autres rentes (rentes étrangères incluses) Joindre une/des copie(s) de la/des décision(s) de rente	LAQUELLE / DEPUIS	<input type="text"/>

Avez-vous sollicité une rente d'invalidité suisse ou étrangère ou une rente de vieillesse étrangère ?

<input type="checkbox"/> OUI	Veuillez joindre l'accusé de réception et les éventuelles autres correspondances (copies) de l'assurance correspondante	<input type="checkbox"/> NON
------------------------------	---	------------------------------

Réalisez-vous un revenu complémentaire depuis plus de trois ans à partir d'une activité régulière extérieure au secteur principal de la construction ?

<input type="checkbox"/> OUI	Veuillez joindre des copies des trois derniers certificats de salaire ou des décisions de la caisse de compensation pour indépendants	<input type="checkbox"/> NON
------------------------------	---	------------------------------

5. Caisse de pension

A quelle caisse de pension votre employeur est-il actuellement assujéti?

Veuillez joindre la dernière attestation d'assurance (copie) de votre caisse de pension

NOM DE LA CAISSE DE PENSION

Renseignez-vous auprès de la caisse de pension de votre dernier employeur pour savoir si, en cas de perception d'une rente transitoire de la Fondation FAR, il est possible de rester affilié auprès de celle-ci.

Si un maintien de la prévoyance dans la caisse de pension de votre dernier employeur est possible et que la caisse de pension prélève des coûts de risque ou des frais administratifs, la Fondation FAR déduit ces frais mensuellement de la rente FAR et les transfère à la caisse de pension. Il est possible de se renseigner auprès de la caisse de pension pour savoir si des coûts de risque ou des frais administratifs sont prélevés.

Si le maintien de la prévoyance dans la caisse de pension de votre dernier employeur n'est pas possible ou n'est pas souhaité, la prestation de vieillesse LPP peut être retirée de manière anticipée sous forme de capital ou de rente ou être transféré sur un compte ou une police de libre passage.

6. Annexes

COCHER LES MENTIONS CORRESPONDANTES

<input type="checkbox"/> EXTRAIT DU COMPTE AVS INDIVIDUEL	<input type="checkbox"/> UN DÉCOMPTE DE SALAIRE DES DEUX ANNÉES PRÉCÉDENTES	<input type="checkbox"/> DERNIER CERTIFICAT DE PRÉVOYANCE DE LA CAISSE DE RETRAITE
<input type="checkbox"/> DÉCOMPTES DE SALAIRE DE L'ANNÉE EN COURS	<input type="checkbox"/> DÉCISION(S) / DÉCOMPTE(S) DE LA CC	<input type="checkbox"/> CONTRATS / CERTIFICATS DE TRAVAIL
<input type="checkbox"/> CERTIFICATS DE SALAIRE DES DEUX ANNÉES PRÉCÉDENTES	<input type="checkbox"/> DÉCISION(S) / DÉCOMPTE(S) DES PRESTATIONS D'ASSURANCE EN COURS	<input type="checkbox"/> AUTRES <input type="text"/>

7. Confirmation des données

Je confirme l'intégralité et l'exactitude de toutes les données indiquées. Je prends connaissance du fait que toute indication manquante ou erronée peut entraîner des réductions ou des restitutions de prestations. Sous réserve de poursuites judiciaires.

DATE, LIEU

SIGNATURE

Nom, prénom :

Rue, n° :

NPA, lieu :

N° AVS :

Pour pouvoir traiter les demandes de prestations et les déclarations pour les bénéficiaires d'une rente FAR, l'Office de paiement FAR a souvent besoin d'informations et de documents qui ne peuvent être sollicités que lors de l'examen des demandes et des déclarations. Afin de pouvoir obtenir les renseignements nécessaires de manière rapide et complète, il nous est parfois utile de pouvoir contacter directement les organismes compétents. Mais nous avons besoin pour cela de votre consentement que vous pouvez accorder à ces organismes par votre signature.

Déclaration levant l'obligation de garder le secret

Je certifie par la présente que la Fondation FAR, représentée par l'Office de paiement FAR, est autorisée à obtenir toutes les informations nécessaires à l'examen de ma demande de prestations et de mon droit éventuel aux prestations FAR (au maximum jusqu'à l'âge de 65 ans). Je délègue par conséquent les organismes suivants ainsi que leurs collaborateurs compétents du secret de fonction envers la Fondation FAR :

- Les caisses de compensation pour la demande et l'envoi direct de mon extrait de compte individuel AVS à l'Office de paiement FAR, les informations et décisions sur les rentes d'invalidité et les contributions pour personnes exerçant une activité indépendante ;
- Mon employeur actuel et mes anciens employeurs, incluant les sociétés de location de services et entreprises dans lesquelles j'ai effectué des missions ;
- L'assurance chômage et les ORP compétents en cas de chômage actuel ou antérieur ;
- Les assurances d'indemnité journalière en cas de maladie, l'Al et la Suva en cas d'incapacité de travail actuelle ou antérieure pour cause d'accident ou de maladie avec ou sans invalidité ;
- Les caisses de retraite auprès desquelles je suis assuré actuellement ou ai été assuré si des prestations (rentes ou indemnités en capital) entrent en considération ou ont été octroyées.

Les organes en question sont priés de fournir les renseignements nécessaires et sont déliés dans ce contexte de l'obligation de garder le secret. Ils sont en outre habilités à fournir des renseignements sur la situation des procédures en suspens ainsi que sur les droits passés et existants et à délivrer des certificats de prestations ou des copies de décisions correspondantes.

Lieu, date

Signature