

Demande de liquidation en capital

Selon l'art. 36 du règlement Ascaro Vorsorgestiftung

Nom _____ Prénom _____

Rue _____ NPA/Lieu _____

Date de naissance _____ Etat civil _____

Lors de la retraite, je voudrais toucher

une part de _____ % **ou** une somme de CHF _____

sous forme de prestation en capital.

Je suis conscient que la demande est irrévocable.

Lieu/Date

Signature de la personne assuré

Lieu/Date

Signature du conjoint*

*La signature doit être certifiée conforme ou être apposée en personne dans les bureaux de la fondation sur présentation du passeport ou d'une carte d'identité