

# Fondation institution supplétive LPP

## Assurances de risques des chômeurs



→ Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli et signé ainsi que tous les documents nécessaires à:

Fondation institution supplétive  
Assurance de risques des chômeurs (AC)  
Boulevard de Grancy 39  
Case postale  
1001 Lausanne

www.aeis.ch  
ostfinance  
BCSF : FCB  
BA : C

Tel. +41 21 340 63 33 Fax  
+41 21 340 63 29  
Heures d'ouverture lu. - vr.  
08:00 - 12:00/  
13:30 - 17:00



### -risques de la prévoyance professionnelle obligatoire des personnes au chômage

#### A remplir par l'institution de prévoyance compétente:

N° AVS: .....

Nom: ..... Prénom: .....

Date de naissance: ..... Sexe:  m  f

Rue, no: .....

NPA: ..... Domicile: .....

Dans le cadre des dispositions légales de la LPP, la personne susnommée est déjà assurée volontairement pour les risques décès et invalidité auprès de notre institution de prévoyance, conformément à l'art. 47 LPP.

Cette assurance est valable depuis le: .....

Nom de l'institution de prévoyance: .....

Lieu et date: ..... Timbre et signature: .....

#### A remplir par la personne assurée:

Je demande l'exemption de l'assurance-risques de la prévoyance professionnelle obligatoire des personnes au chômage et prends acte que toute demande de financement de ma prévoyance professionnelle LPP actuelle, adressée à la caisse de chômage, s'éteint irrévocablement.

En tant que demandeur/demandeuse, j'autorise la Fondation institution supplétive LPP à prendre, en cas de besoin, toutes les informations nécessaires auprès de mon institution de prévoyance compétente. En cas de résiliation de ma prévoyance actuelle, je m'engage à m'annoncer à la caisse de chômage dont je dépend.

Lieu et date: ..... Signature: .....