

## Demande de versement des premières prestations

Cf. aussi l'Aide-mémoire Prestations du MPR

N° d'entreprise (PLK)

### Auteur-e de la demande

|  |             |   |
|--|-------------|---|
| Nom  | Prénom      | N° d'assurance sociale (n° AVS)                               |
| Rue, NPA et localité   |             |   |
| Date de naissance  | Nationalité | <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> f<br>Sexe |
| Joignable par  |             |   |
| Courriel   | Téléphone   |   |
| Employé-e auprès de (nom de l'entreprise, lieu)  |             | depuis  |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Je dispose de ma pleine capacité de travail |             |   |

### Justificatif des années de service

Toute personne qui, pendant au moins quinze ans, dont les sept dernières années avant la perception des prestations sans interruption, a travaillé dans une entreprise du champ d'application de la CCT-MPR Enveloppe de édifices est en droit de bénéficier des prestations du MPR Enveloppe de édifices. Veuillez utiliser l'addendum « Demande de versement des premières prestations » pour saisir vos différents emplois.

### Taux d'occupation

|   |   |
|---|---|
| Cocher la case qui convient                                 | Salaire brut actuel (sans le 13 <sup>e</sup> salaire)                             |
| <input type="checkbox"/> Taux d'occupation actuel : _____ % | <input type="checkbox"/> Salaire mensuel <input type="checkbox"/> Salaire horaire |
| <input type="checkbox"/> Saisonnier/-ère                    | _____   |
| <input type="checkbox"/> Chômeur/-euse depuis : _____       | Montant du salaire mensuel / horaire  |

### Type de versement souhaité

#### 1. Réduction du taux d'occupation et/ou changement de fonction

En accord avec mon employeur, mon taux d'occupation se réduit/change à partir du \_\_\_\_\_ (date).

a)  Réduction du taux d'occupation à désormais : \_\_\_\_\_ %

b)  Changement de fonction

Le salaire mensuel brut réduit compte tenu de a) et/ou b) s'élèvera désormais à CHF \_\_\_\_\_

#### 2. Retraite anticipée complète

D'entente avec mon employeur, je partirai à la retraite anticipée complète le \_\_\_\_\_ (date).

Mon taux d'occupation actuel de \_\_\_\_\_ % est supprimé en intégralité par l'employeur le \_\_\_\_\_ (date).

Pour ce qui concerne la LPP, cf. l'addendum « Demande de contributions d'épargne LPP ».

### Coordonnées de paiement

|  |                  |      |
|--|------------------|------|
| <input type="checkbox"/> Versement postal  | Compte postal n° | IBAN |
| <input type="checkbox"/> Paiement bancaire (Suisse)  |                  | IBAN |
| <input type="checkbox"/> Paiement bancaire (étranger)  | Code BIC/Swift   | IBAN |
| Nom et adresse de la banque (pour les paiements bancaires effectués en Suisse ou à l'étranger) |                  |      |

**Documents  
à fournir**

- « Addendum : Demande de versement des premières prestations » signé par le/la salarié-e
- « Addendum : Demande de contributions LPP supplémentaires » signé
- Certificats de travail ou attestations de travail justifiant des quinze ans d'activité dans la branche de l'enveloppe des édifices (voir addendum)
- Extrait du compte AVS individuel (à demander à la caisse de compensation AVS)
- Photocopie du passeport ou de la pièce d'identité
- Photocopies de tous les décomptes de salaire mensuels de l'année en cours et de l'année précédente
- Un décompte de salaire mensuel d'il y a deux ans, et un autre d'il y a trois ans
- Les certificats de salaire des trois dernières années
- Le cas échéant, un extrait du compte de salaire de l'année en cours et des trois dernières années
- Attestation de travail signée par l'employeur concernant les rapports de travail actuels, avec les indications et une copie d'un extrait actuel du registre du commerce si l'auteur-e de la demande est/a été propriétaire ou associé-e de l'entreprise au cours des quinze dernières années, ou s'il détient/a détenu une part de 10 % ou plus du capital social.
- En cas d'incapacité de travail, en plus : décision de l'AI ou décomptes LAA/IJM
- En cas de chômage, en plus : coordonnées de la caisse de chômage / de l'ORP compétents et décompte des indemnités de chômage de l'année en cours.
- Pour les employé-e-s temporaires, en plus : tous les contrats de mission et les journaux des comptes de salaire des quinze dernières années (à demander à l'agence de travail temporaire).

**Déclaration  
de protection  
des données**

Le traitement des données a pour double objectif de clarifier et de fournir les prestations prévues par le contrat. Les dispositions en matière de protection des données de la Fondation MPR Enveloppe des édifices sont applicables (Déclaration de protection des données de la Fondation MPR Enveloppe des édifices : [lien](#)<sup>1</sup>). Les soussigné-e-s confirment avoir pris connaissance de ladite Déclaration de protection des données et déclarent accepter notamment le traitement de données sur la santé, le cas échéant.

**Confirmation  
des données**

Les personnes sousignées confirment l'exhaustivité et l'exactitude de toutes les informations fournies. Elles prennent acte que l'omission d'informations ou l'indication de données inexactes peut donner lieu à des réductions des prestations ou à des demandes de remboursement. Demeurent en outre réservées des sanctions en vertu de l'art. 22 CCT-MPR.

**Signature  
de l'auteur-e  
de la demande**

\_\_\_\_\_  
Lieu, date

\_\_\_\_\_  
Signature de l'auteur-e de la demande

**Les mandataires externes sont priés de joindre la procuration.**

**Signature  
de l'employeur**

\_\_\_\_\_  
Lieu, date

\_\_\_\_\_  
Timbre de l'entreprise et signature de l'employeur  
(pas nécessaire si l'auteur-e est au chômage)

Personne de contact de l'employeur habilitée à correspondre avec l'organe d'application si des questions se posent.

\_\_\_\_\_  
Nom

\_\_\_\_\_  
Prénom

\_\_\_\_\_  
Courriels

\_\_\_\_\_  
Fonction

\_\_\_\_\_  
Ligne directe

**Les mandataires externes sont priés de joindre la procuration.**

**A retourner à**

Fondation MPR Enveloppe de édifices  
Oberwiesenstrasse 2  
8304 Wallisellen

N° de téléphone 044 244 41 50  
Courriels [gebaeudehuelle@vrmservices.ch](mailto:gebaeudehuelle@vrmservices.ch)  
[www.vrm-gebaeudehuelle.ch](http://www.vrm-gebaeudehuelle.ch)

<sup>1</sup> [https://vrm-gebaeudehuelle.ch/system/files/document/files/Datenschutzerklärung\\_GH\\_fr.pdf](https://vrm-gebaeudehuelle.ch/system/files/document/files/Datenschutzerklärung_GH_fr.pdf)