

## Déclaration concernant le projet de financement de rénovation / de transformation

(en conformité avec l'encouragement à la propriété du logement au moyen de la prévoyance professionnelle)

N° d'affiliation :

Entreprise :

N° AVS :

N° d'assuré :

Nom :

Prénom :

---

**Remarque :** la forme masculine utilisée dans le présent formulaire désigne implicitement les personnes des deux sexes.

---

**Indications concernant le destinataire du versement** (tierce personne neutre uniquement : par exemple, architecte, ingénieur ou fiduciaire désigné(e) comme entrepreneur général)

Nom : ..... Prénom : .....

Rue, n° : ..... NPA, localité : .....

N° de téléphone : .....

**Remarque :** Les personnes effectuant elles-mêmes les rénovations et qui ne sont pas en mesure d'indiquer un entrepreneur général peuvent désigner un fournisseur ou un artisan en tant que destinataire du versement.

---

**Lieu de paiement** (veuillez joindre un bulletin de versement)

Les prestations dues à la personne ayant droit doivent être versées sur le compte suivant :

**O Banque**      **O Poste**      Compte (si IBAN impossible) : .....

IBAN (34 positions au maximum) : .....

Banque (nom, NPA, localité, pays) : .....

Code SWIFT (BIC) : ..... Clearing n° : .....

Le compte est établi au nom de : .....

**Remarque :** Il n'est pas possible d'effectuer le versement sur le compte privé de la personne assurée.

---

**Description détaillée de l'objet**

N° de registre foncier : ..... N° de parcelle : .....

Emplacement de l'objet : Rue : ..... N° : .....

NPA : ..... Localité : .....

Habité par la personne assurée à partir du / depuis le : .....

---

## Déclaration de consentement

La personne assurée autorise le destinataire du versement à recevoir par délégation les fonds retirés auprès de l'institution de prévoyance. Le destinataire du versement s'engage à gérer ces fonds à titre fiduciaire et exclusivement pour le projet de financement de rénovation / transformation de l'objet mentionné ci-dessus.

---

## Signatures

**Propriétaire** (personne assurée)

.....  
Lieu et date

.....  
Signature certifiée (notaire / municipalité)

**Conjoint, partenaire enregistré**

.....  
Lieu et date

.....  
Signature certifiée (notaire / municipalité)

**Destinataire du versement** (tierces personnes uniquement)

.....  
Lieu et date

.....  
Signature

---

**Prière de retourner  
le présent formulaire à :**

Credit Suisse Sammelstiftung 1e  
Service de gestion  
SL Pension Services AG  
Case postale 2831  
8022 Zurich