

Demande de transfert vers un autre organisme de pension

Chaque travailleur du secteur non-marchand fédéral est automatiquement affilié au plan de pension complémentaire du secteur. Le plan de pension travaille avec **un compte d'épargne-pension** sur lequel des cotisations sont versées.

Pour gérer les comptes d'épargne-pension, le secteur a fondé le **OFP Fonds de pension du secteur non-marchand fédéral**. Ce fonds de pension est géré de manière paritaire par des représentants des employeurs et des travailleurs et est placé sous le contrôle du gouvernement fédéral et de l'Autorité des services et marchés financiers (FSMA).

Quelles sont les options en cas de départ ?

Lorsque vous ne travaillez plus dans le secteur non-marchand fédéral, vous pouvez :

- (1) Laisser le capital accumulé auprès du Fonds de pension. Le Fonds de pension continuera à investir le capital de pension accumulé et, au moment de votre départ à la retraite, vous serez automatiquement contacté pour le versement du capital et du rendement.
- (2) Le transférer vers le plan de pension de votre nouvel employeur
- (3) Le transférer vers une compagnie d'assurance agréée

Attention : il n'est pas possible de faire verser la réserve constituée pour la pension ou de la transférer vers un plan d'épargne-pension personnel (troisième pilier).

Que devez vous faire?

- Si vous optez pour un transfert du capital de pension, faites remplir le formulaire ci-dessous par l'institution de pension de votre nouvel employeur ou par la compagnie d'assurance.
- Le Fonds de pension ne peut effectuer le transfert que si le formulaire est **dûment complété, correctement rempli et signé**. Joignez également une copie de votre carte d'identité.
- Une fois le transfert traité, vous recevrez **une confirmation** et le Fonds de pension enverra **un aperçu détaillé** à la nouvelle institution de pension ou à la nouvelle compagnie d'assurance.

Envoyez le formulaire complété et les pièces justificatives au:

Centre administratif du Fonds de Pension
Boîte postale 20030 - 1101 Scanning

À compléter par vous (en majuscules S.V.P.)

Prénom et nom de l'affilié: _____

Numéro de register national: - - - - - (repris à la carte d'identité)

Numéro de téléphone: _____

À joindre à votre demande: copie recto-verso de votre carte d'identité

Signature: _____ Date: _ _ / _ _ / _ _ _ _

À compléter par l'organisme de votre nouvel employeur ou par une compagnie d'assurances mandatée:

- Destination des réserves:
- Plan de pension du nouvel employeur
 - Plan de pension du nouveau secteur
 - AR 69 organisme de pension

Nom de l'organisme de pension: _____ Nom employeur: _____

Adresse de l'organisme de pension: _____ Adresse employeur: _____

Numéro d'entreprise: _____ Numéro d'entreprise: _____

Personne de contact: _____ Personne de contact: _____

Tél. personne de contact: _____ Tél. personne de contact: _____

Adresse électronique personne de contact: _____ Adresse électronique personne de contact: _____

Numéro de compte IBAN: - - - - -

BIC: - - - - -

Référence à mentionner: _____

Le nouvel organisme de pension confirme par le présent formulaire qu'il est mandaté à gérer les réservés conformément à l'article 32 § 1 1° et 2° de la loi relative aux pensions complémentaires et qu'il ne facturera aucun frais pour ce transfert.

Signature: _____ Date: _ _ / _ _ / _ _ _ _