

Annonce d'un partenariat Prévoyance professionnelle

Employeur

N° contrat

Données personnelles

Personne assurée

Prénom

Nom

Rue/n°

NPA/localité

Date de naissance

N° d'assurance sociale
(N° AVS)

Partenaire

Prénom

Nom

Rue/n°

NPA/localité

Date de naissance

N° d'assurance sociale
(N° AVS)

Droit à une rente de partenaire

Je m'engage à informer immédiatement Pax en cas de modification du partenariat enregistré (dissolution, nouveau/nouvelle partenaire, mariage, enfants, changement de l'adresse commune, etc.). Des informations concernant le traitement des données personnelles par Pax figurent dans la déclaration de confidentialité sous www.pax.ch/protection-des-donnees.

La présente déclaration est l'une des conditions donnant droit à la rente de partenaire et doit parvenir à Pax de mon vivant.

Le respect des exigences réglementaires ne sera vérifié qu'au moment où surviendra un événement assuré. Vous trouverez les autres conditions d'octroi dans les dispositions réglementaires générales ou le règlement de prévoyance actuellement en vigueur.



Signatures

Par votre signature, vous confirmez l'exhaustivité et l'exactitude des données fournies.

Personne assurée

Lieu/date

Signature
de la personne assurée

Prénom/nom en caractères d'imprimerie

Partenaire

Lieu/date

Signature
du/de la partenaire

Prénom/nom en caractères d'imprimerie

