

Dissolution d'un partenariat annoncé Prévoyance professionnelle

Employeur

N° contrat

N° assuré

Données personnelles

1. Sur ma personne

Prénom

Nom

Date de naissance

2. Ancien(ne) partenaire

Prénom

Nom

Date de naissance

Mon adresse actuelle

Rue/n°

NPA/localité

Perte du droit du/de la partenaire à une rente de partenaire, à un capital-décès éventuel et à la restitution de cotisations.

Par votre signature, vous confirmez que le partenariat avec la personne indiquée au point 2 n'existe plus. Si vous enregistrez plus tard un nouveau partenariat, vous devrez à nouveau compléter le formulaire «Annonce d'un partenariat».

Par la dissolution du partenariat, le droit à une rente de partenaire dans un cas de prévoyance **s'éteint** irrévocablement. Une modification **éventuelle** du bénéficiaire du capital-décès ou d'une restitution de cotisations au profit de l'ancien(ne) partenaire s'éteint également. Veuillez vérifier si d'autres adaptations de l'ordre des bénéficiaires doivent être effectuées. Si vous souhaitez une modification de l'ordre des bénéficiaires, veuillez en informer Pax par écrit.

Lieu/date

Prénom/nom en caractères d'imprimerie

Signature de la personne assurée

