

Annnonce d'un partenariat Prévoyance professionnelle

Employeur

N° contrat

N° assuré

Données personnelles

Sur ma personne

Prénom

Nom

Date de naissance

Partenaire

Prénom

Nom

Date de naissance

Adresse commune

Rue/n°

NPA/localité

Ménage commun depuis (date de l'enregistrement auprès de la commune de domicile)

Enfant(s) commun(s)

Prénom/nom

Date de naissance

Prénom/nom

Date de naissance

Prénom/nom

Date de naissance

Prénom/nom

Date de naissance



Droit à une rente de partenaire

Mon employeur m'a transmis les dispositions réglementaires générales en vigueur ainsi que le plan de prévoyance en vigueur contenant toutes les explications et j'ai pris connaissance des dispositions relatives à la 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.).

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

Pax prend uniquement connaissance de l'annonce et ne donne aucune approbation concernant le droit aux prestations. Le respect des exigences réglementaires ne sera vérifié qu'au moment où surviendra un événement assuré.

L'annonce d'un partenariat ne modifie pas l'ordre réglementaire des bénéficiaires pour un droit éventuel à un capital-décès ou à une restitution des cotisations. Si vous souhaitez modifier l'ordre des bénéficiaires, veuillez le notifier par écrit à Pax.

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

