

Annulation d'inscription d'un partenariat (prévoyance professionnelle)

*Contrat n°: _____

Unité d'organisation (UO): _____

*Police n°: _____

*Entreprise: _____

Rue, n°: _____

CP, lieu: _____

1 Identité de la personne assurée et de son ancien/ancienne partenaire

1.1 Personne assurée

*Nom: _____ *Prénom: _____ *Date de naissance: _____

Veillez SVP indiquer la nouvelle adresse, si l'annulation du partenariat implique un changement de résidence de la personne assurée:

Rue, n°: _____ CP, lieu: _____

1.2 Ancien/ne partenaire:

*Nom: _____ *Prénom: _____ *Date de naissance: _____

2 Attestation de la personne assurée

La personne assurée atteste par sa signature que le partenariat dans un ménage commun avec la personne citée ci-dessus est dissout. Par l'annulation du partenariat, le droit à une rente de partenaire dans un cas de prévoyance s'éteint irrévocablement. Si une demande de modification de la réglementation de la clause bénéficiaire a été déposée,

celle-ci devient également caduque. Une éventuelle reprise du partenariat dans un ménage commun à une date ultérieure est traitée selon le Règlement comme un nouveau partenariat et doit être ratifié par une nouvelle présentation du formulaire «Annonce pour une rente de partenaire».

Lieu, date

Signature de la personne assurée

Veillez retourner ce formulaire à l'adresse suivante:

Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances sur la Vie SA, case postale 3855, 4002 Bâle