

Demande pour le maintien de l'assurance selon art. 10.7 du règlement de Prévoyance

Perte d'emploi suite au licenciement par l'employeur ET dès l'âge de 58 ans

Employeur

Entreprise N° d'employeur

Personne assurée

Nom Prénom

Date de naissance N° AVS

Rue /N° NPA/Localité

Sexe féminin masculin Date de sortie

Téléphone privé Adresse e-mail

Etat civil:

célibataire divorcé/e

marié/e veuf/veuve

partenariat enregistré

Conditions de base pour le maintien de l'assurance selon art. 10.7 du règlement de Prévoyance de Previs

Je confirme que mon contrat de travail a été résilié par l'employeur Oui Non
Veuillez joindre une copie de la lettre de résiliation de l'employeur

Je confirme être toujours assuré(e) auprès de l'AVS suisse Oui Non

Données supplémentaires pour le maintien de l'assurance selon art. 10.7 du règlement de Prévoyance de Previs

La personne assurée a pris connaissance de l'art. 10.7 du règlement de Prévoyance Previs actuel et souhaite le maintien de l'assurance comme suit (choisissez qu'une option):

Prestations de risque pour le dernier salaire AVS en vigueur Salaire AVS annuel CHF

Prestations de risque pour un salaire AVS inférieur Salaire AVS annuel CHF

Prestations de risque et de vieillesse pour le dernier salaire AVS en vigueur Salaire AVS annuel CHF

Prestations de risque et de vieillesse pour un salaire AVS inférieur Salaire AVS annuel CHF

Nous vous rendons attentif au fait que la demande pour le maintien de l'assurance doit être faite à la Prévoyance avant l'échéance de 30 jours après date d'édition des documents de sortie.

Après vérification de votre demande pour le maintien de l'assurance, nous vous remettons la convention d'affiliation ainsi que l'accès pour le portail d'entreprise. Le maintien de l'assurance conformément à l'art. 10.7 entrera en vigueur après signature des deux parties.

Question médicale

Je suis capable de travailler à 100% Je suis en incapacité de travail à %

Signature

Par sa signature, la personne assurée confirme avoir répondu aux questions de manière complète et conforme à la vérité et avoir pris connaissance des dispositions légales et réglementaires.

Lieu/Date Signature de la personne assurée

Previs Vorsorge
Brückfeldstrasse 16
Postfach
CH-3001 Bern

Previs Vorsorge
Brückfeldstrasse 16
Postfach
CH-3001 Bern