

Annonce de maintien de l'assurance selon l'art. 12a du règlement de prévoyance

Personne assurée

| | |
|---------|----------------------------|
| _____ | _____ |
| Nom | Numéro d'assurance |
| _____ | _____ |
| Prénom | Date de naissance |
| _____ | _____ |
| _____ | Numéro d'assurance sociale |
| _____ | <input type="text"/> |
| Adresse | Etat civil |

Maintien de l'assurance suite à la dissolution des rapports de travail par l'employeur après l'âge de 55 ans révolus

Est assuré :

| | | |
|--|-------------|-------|
| le salaire assuré annuel actuel : | Montant CHF | _____ |
| un salaire assuré annuel moins élevé : | Montant CHF | _____ |

Il n'est pas possible d'assurer un salaire annuel plus élevé que le salaire actuel.

Assurance risques de décès et d'invalidité (obligatoire); les cotisations employé et employeur sont à la charge de la personne assurée, et

Assurance vieillesse (facultative); les cotisations d'épargne employé et employeur sont à la charge de la personne assurée.

Ce formulaire est à envoyer à la Caisse de pensions Poste dans les deux mois à dater de la cessation des rapports de travail, accompagné d'une copie de la lettre de résiliation de l'employeur ou de la convention de résiliation.

| | |
|------------|----------------------------------|
| _____ | X |
| Lieu, date | Signature de la personne assurée |

Vos coordonnées en cas de questions :

| | |
|------------------|-----------|
| _____ | _____ |
| Adresse courriel | Téléphone |

Veuillez renvoyer le formulaire dûment et lisiblement rempli et signé. Merci!