

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
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 : (pas inférieur au salaire assuré minimal)	Montant CHF	_____

Il n'est pas possible d'assurer un salaire assuré annuel plus élevé que jusqu'à présent.

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 !