Pensionskasse Kaminfeger
Caisse de prévoyance Ramoneur
Cassa di previdenza Spazzacamino

Déclaration de renonciation

en complément de la déclaration de bénéficiaires

Société _____

N° d'affilié _____

Personne assurée : Nom, prénom _____

N° AVS _____

Dans une déclaration de bénéficiaires, la personne assurée a procédé à une assignation qui s'écarte de l'ordre prévu par le règlement de prévoyance, car le but de prévoyance s'en trouve mieux rempli.

Les personnes suivantes, dans l'ordre de préséance des personnes bénéficiaires, renoncent à cette déclaration en faveur de la ou des personnes nommées. Les renonciations doivent être soumises à la Fondation en même temps que la déclaration du bénéficiaire.

Moi, Nom, prénom _____

Rue, n° _____

NPA, localité _____

Date de naissance _____

Relation avec la personne assurée _____ (par ex. partenaire de vie)

renonce en faveur de Personne bénéficiaire _____ (par ex. enfants âgés plus de 25)

Lieu et date: _____ Signature: _____

Veuillez joindre une copie avec une photo reconnaissable du passeport ou de la carte d'identité.

Moi, Nom, prénom _____

Rue, n° _____

NPA, localité _____

Date de naissance _____

Relation avec la personne assurée _____ (par ex. partenaire de vie)

renonce en faveur de Personne bénéficiaire _____ (par ex. enfants âgés plus de 25)

Lieu et date: _____ Signature: _____

Veuillez joindre une copie avec une photo reconnaissable du passeport ou de la carte d'identité.

⇨ **Valable uniquement avec une déclaration de bénéficiaires!**

Pensionskasse Kaminfeger
c/o DIVOR AG | Täfernstrasse 31 | 5405 Dättwil | Telefon 062 552 22 61 | pkkaminfeger@divor.ch | www.pkkaminfeger.ch

Pensionskasse Kaminfeger
Caisse de prévoyance Ramoneur
Cassa di previdenza Spazzacamino

Déclaration de renonciation

en complément de la déclaration de bénéficiaires

Votre confirmation et signature

Par ma signature, je confirme avoir rempli ce formulaire de demande de manière complète et conforme à la vérité et avoir pris connaissance des dispositions.

Lieu et date :

Signature de la personne assurée :

Légalisation officielle de la signature :
(Légalisation par la commune ou le notaire)

Lieu et date :

Signature / timbre :