

Continuation de l'assurance dans le plan de prévoyance Seniors

Contrat No. U230 _____ No d'assurée 756. _____

Nom et adresse de l'employeur (Timbre)

Données personnelles de la personne assurée

Nom _____

Prénom _____

No de téléphone _____ Email _____

Je confirme que je poursuis mon activité lucrative au-delà de l'âge ordinaire de la retraite (femmes 64 ans / hommes 65 ans) et que je désire rester assuré(e) dans le plan de prévoyance Seniors selon les dispositions du règlement de la Fondation de prévoyance de la SSO.

Lieu et date

Signature personne assurée

Prise de connaissance de l'employeur concernant la continuation de l'assurance dans le plan Seniors et annonce d'une éventuelle modification de salaire lors du transfert dans le plan Seniors.

Salaire AVS annuel _____

Valable dès le _____

Degré d'occupation _____

Lieu et date

Signature propriétaire de cabinet
