

Inscription du/de la partenaire

L'assuré(e)

Nom	_____	Prénom	_____
Adresse	_____	NPA / Lieu	_____
Date de naissance	_____	Etat civil	_____

Partenaire

Nom	_____	Prénom	_____
Date de naissance	_____	Etat civil	_____
N° ass. sociale	_____		

Même adresse officielle depuis (mois/année) _____

Les conditions d'accès aux prestations pour les partenaires sont régies par les articles 43, 44 et 47 du Règlement de prévoyance.

La présente inscription révoque toutes les inscriptions du/de la partenaire remises antérieurement pour la prévoyance professionnelle (LPP) et pour les rapports de prévoyance auprès de la Fondation de prévoyance Ascaro. La présente inscription n'est valable que pour la durée d'assurance auprès de la Fondation de prévoyance Ascaro.

Lieu/Date

Signature du membre *

* La signature doit être certifiée conforme ou être apposée en personne dans les bureaux de la fondation sur présentation du passeport ou d'une carte d'identité

A remplir par le secrétariat : LP en UPI vérifié ☐