

Rente de partenaire en faveur du partenaire de vie dissolution du partenariat

Concerne la déclaration du _____

Personne assurée

Nom, prénom

Date de naissance

Rue, NPA, localité

Partenaire de concubinage

Nom, prénom

Date de naissance

Rue, NPA, localité

Formalités

Les parties déclarent dissoudre avec effet au _____ leur communauté de vie
conclue en date du _____.

Lieu, date

Signature de la personne assurée

Galenica Caisse de pension

Untermattweg 8 · Case postale · CH-3001 Berne

Tél. +41 58 852 87 00 · Fax +41 58 852 87 01

info@galenica-pk.ch · www.galenica-pk.ch