



Déclaration relative à d'autres rapports de prévoyance

Contrat n° /

Employeur Nom et localité

Personne assurée

.....
Nom Prénom Numéro d'assuré
.....
Rue, NPA et localité Date de naissance Sexe
.....
 m f

Je déclare par la présente

- que lors de mon entrée dans cette institution de prévoyance je ne suis soumis(e) à aucun rapport de prévoyance. Si cette situation devait se modifier, je ferais part de ce changement au moyen du formulaire «Déclaration relative à d'autres rapports de prévoyance».
- l'existence des rapports de prévoyance suivants:

.....
Taux d'activité auprès de valable dès le Salaire annuel CHF
.....
Institution de prévoyance

.....
Taux d'activité auprès de valable dès le Salaire annuel CHF
.....
Institution de prévoyance

Signature

.....
Date Signature de la personne assurée

A retourner à AXA
Postfach 300
8401 Winterthur