

## Communication «Communauté de vie»

### Employeur

Nom de l'entreprise  Contrat n° 

### Personne assurée

Nom  Prénom Rue / N°  NPA / Localité Date de naissance  N° AVS 

Je désire qu'à mon décès, les prestations échues (rente de partenaire et/ou capital en cas de décès) soient versées à mon/ma partenaire.

### Identité du/de la partenaire

Nom  Prénom Rue / N°  NPA / Localité Data de naissance  N° AVS **Lieu et date**

---

**Signature de la personne assuré**

Avanea Caisse de pension atteste la réception de la présente demande. Le versement des prestations obéira aux dispositions réglementaires et légales en vigueur à la date du décès.

**Lieu et date**

---

**Timbre et signature Avanea Caisse pension**