

Confirmation par la CP CFF

Souscription d'assurance risques pour les partenaires

1 La Caisse de pensions CFF confirme que la personne A mentionnée ci-après est assurée auprès de la Caisse de pensions CFF:

Personne A: Assuré CP CFF (conjoint)

Nom de famille	Date de naissance						
Prénom	Numéro AVS						

2 La personne A assurée auprès de la Caisse de pensions CFF confirme que la personne B nommée ci-après est son/sa partenaire:

Personne B: Partenaire de l'assuré CP CFF

Nom de famille	Date de naissance						
Prénom	Numéro AVS						

Assurance LPP Oui Non

Domicile en Suisse ou au Lichtenstein: Oui Non

3 Le/la partenaire précité confirme qu'il/elle vit dans le même foyer que la personne A assurée de la CP CFF, qu'il/elle n'est pas assuré/e auprès de la CP CFF et que ses informations relatives à l'assurance LPP sont correctes.

Lieu/date	Signature de la personne A
Lieu/date	Signature de la personne B
Lieu/date	Signature Caisse de pensions CFF