

## Procuration

### Mandant / e :

#### Personne assurée / bénéficiaire de rente

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

N° AVS :

Adresse :

Téléphone :

E-Mail :

Limitation de la durée de la procuration :

- Cette procuration est valable sans limite de temps.
- La procuration est valable jusqu'à la date : \_\_\_\_\_

### Mandataire

J'autorise le/la mandataire ci-dessous à demander des renseignements sur la prévoyance professionnelle auprès de la Fondation collective Symova. Cela permet au bénéficiaire de la procuration de traiter ou d'utiliser les données de manière qu'elles puissent être utilisées aux fins souhaitées.

Je prends connaissance du fait que le/la mandataire peut ainsi, dans certaines circonstances, avoir accès à des données sensibles. Il est interdit de transmettre les données/renseignements relatifs à la prévoyance professionnelle à d'autres tiers.

Nom :

Prénom :



Relation : (par ex. conjoint(e), employeur, etc.)

---

Entreprise (le cas échéant) :

---

Adresse :

---

---

Téléphone :

---

E-mail :

---

L'étendue de la procuration :

- Entièrement en ce qui concerne la prévoyance professionnelle
- Renseignements sur : (p. ex. versement anticipé EPL / mise en gage, retraite anticipée, etc.)

---

---

---

Cette procuration peut être **révoquée** à tout moment. La révocation doit se faire par écrit.

### Signature

Lieu, date

Signature de la personne assurée / de l'ayant droit à la rente

---

---

Veuillez envoyer la procuration signée avec une copie d'une pièce d'identité officielle du mandant (personne assurée ou ayant droit à une rente) à l'adresse ci-dessous.

