

Confirmation de partenariat

Employeur _____
N° de contrat _____
Plan _____

Personne assurée

Nom _____ Prénom _____
Numéro d'assurance sociale 756. _____

Partenaire

Nom _____ Prénom _____
N° d'assurance sociale 756. _____
Date de naissance _____ Sexe féminin masculin

Ménage commun

Date de début du ménage commun _____
Rue / n° _____ NPA / localité _____

Confirmation de partenariat

Les personnes soussignées confirment l'existence d'un partenariat.

Confirmation de la personne assurée

La personne assurée confirme

- qu'il n'existe aucun lien de parenté avec son/sa partenaire;
- que les deux partenaires ne sont pas mariés et ne vivent pas liés/es par un partenariat enregistré et
- que les deux partenaires partagent depuis cinq ans, sans interruption, une communauté de vie dans le cadre d'une relation à deux fixe au même domicile enregistré officiellement ou
- qu'elle apporte un soutien considérable au/à la partenaire ou
- qu'elle doit subvenir, avec son/sa partenaire, à l'entretien d'un ou de plusieurs enfants communs.

Bénéficiaire

La personne assurée prend acte du fait que si elle décède, son/sa partenaire est bénéficiaire conformément à l'ordre général réglementaire. La condition obligatoire à cette fin est l'existence d'un partenariat fondant un droit conformément à l'article 6.3.3 du règlement de prévoyance. Afin de faire valoir une rente de partenaire, celle-ci doit être assurée conformément au plan de prévoyance.

Lieu et date _____

Signature de la personne assurée _____

Signature du/de la partenaire _____