



Caisse de prévoyance de la proparis Fondation de prévoyance arts et métiers Suisse, Berne

Attestation de partenariat (concubinage)

Employeur:

Membre n°:

1. Données personnelles

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Rue, n°, NPA, localité:

Sexe:

féminin

masculin

Etat civil:

Numéro d'assurance sociale:

2. Partenaire

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Sexe:

féminin

masculin

Numéro d'assurance sociale:

3. Ménage commun

Date de début du ménage commun:

Adresse:

4. Précisions

Clause bénéficiaire:

La personne assurée prend connaissance du fait qu'en cas de décès, son partenaire est bénéficiaire conformément aux dispositions du règlement de prévoyance. Cela implique l'existence, au moment du décès, d'une rente de partenaire assurée et d'un partenariat fondant un droit entre les deux partenaires conformément au règlement.

Partenariat fondant un droit entre les deux partenaires:

Un tel partenariat existe lorsqu'au moment du décès de la personne assurée, les deux partenaires ne sont ni mariés, ni liés par un partenariat enregistré, ni apparentés, et que

- au cours des cinq dernières années jusqu'au décès de l'assuré, ils ont formé sans interruption une communauté de vie dans le même ménage
- soit le partenaire survivant doit subvenir à l'entretien d'un ou de plusieurs enfants communs.

Il n'existe aucun droit à la rente de partenaire lorsque le partenaire survivant reçoit déjà une rente de conjoint ou de partenaire d'une institution de prévoyance suisse ou étrangère.

5. Confirmation de la personne assurée

La personne assurée confirme

- que les deux partenaires ne sont ni mariés, ni liés par un partenariat enregistré, ni apparentés, et
- qu'ils font ménage commun, et
- qu'ils forment une communauté de vie.

6. Signatures

Les personnes soussignées confirment vivre en partenariat. Elles ont pris connaissance du fait que les conditions d'un partenariat fondant un droit entre les deux partenaires doivent être réunies en cas de survenance d'un événement assuré et qu'elles feront, le cas échéant, l'objet d'un examen ad hoc.

Lieu, date:

Signature de la personne assurée:

Signature du/de la partenaire:
