

Enregistrement du Partenaire

Personne Assurée

Nom: Prénom:
Adresse: Code postal, lieu:
Date de naissance: Numéro d'assurance:
Employeur:

Données Partenaire

Nom: Prénom:
Adresse: Code postal, lieu:
Date de naissance: Nouveau numéro AVS:

Données concernant le Partenariat

Date du commencement du partenariat:
Numéro des enfants avec obligation d'entretien faisant ménage commun:

Indications

Les conditions pour avoir droit aux prestations sont régies par les dispositions législatives pertinentes et par le règlement de prévoyance de la Fondation au moment du décès de la personne assurée.

En cas d'affirmation du droit aux prestations, la Fondation peut requérir des éclaircissements sur le partenariat, en avant le droit de demander des documents supplémentaires et des preuves.

La présente déclaration vaut comme condition d'admissibilité de la prestation. La Fondation doit l'avoir reçue pendant la durée de vie de la personne assurée.

Lieu, date:

Signature de la personne assurée

Par la présente la Fondation accuse réception de cette commande.

Lieu, date:

Timbre et signature de la Fondation
