

## Partenariat de vie - Communication

Conformément au chiffre 3.1.3 du règlement de prévoyance, sont considérées comme partenaires – même entre personnes du même sexe – les personnes qui, au moment du décès de la personne assurée

- n'était ni mariée ni liée par un partenariat enregistré au sens de la LPart.
- n'avait pas de lien de parenté avec elle au sens de l'art. 95 CC.
- avait formé une communauté de vie au cours des cinq années précédant le décès, c'est-à-dire un ménage commun dans le cadre d'une relation de couple semblable au mariage ou si le partenaire survivant subvenait à l'entretien d'au moins un enfant commun ayant droit à une rente au sens de l'AVS/AI.

### Informations sur la personne assurée

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
N° AVS (à 13 chiffres) \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

### Coordonnées de son partenaire

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
N° AVS (à 13 chiffres) \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

### Adresse du ménage commun

Adresse \_\_\_\_\_  
NPA, lieu \_\_\_\_\_

### Confirmation du partenariat de vie

Vous et votre partenaire confirmez par la présente l'existence d'un partenariat au sens du règlement de prévoyance. Vous déclarez ne pas être mariés et ne pas avoir de lien de parenté. En outre, vous confirmez ce qui suit (veuillez cocher la case correspondante):

- Nous vivons en ménage commun dans une relation à deux de type matrimonial.
- Nous vivons dans un ménage commun ou, en cas de décès de la personne assurée, le partenaire doit subvenir à l'entretien d'au moins un enfant commun ayant droit à une rente au sens de l'AVS / AI.

### Note

Dans tous les cas, la situation au moment du décès est déterminante pour un éventuel versement. La charge de la preuve incombe à la personne qui revendique une prestation de survivant. Cette communication remplace toutes les précédentes et est valable jusqu'à révocation écrite par la personne assurée.

Dès que nous aurons reçu ce formulaire, nous vous confirmerons la réception de votre communication. Veuillez informer votre partenaire de la clause bénéficiaire, car il doit faire valoir ses droits en cas de décès.

Lieu et date _____	Signature de la personne assurée _____
Lieu et date _____	Signature de votre partenaire _____

**Envoyer le formulaire à:** Agrisano Prevos, Laurstrasse 10, 5201 Brugg