Agrisano Prevos
Prévoyance professionnelle facultative

Pilier 2b – Contrat collectif N° U0253/U0254

N° d'assuré _____

Partenariat de vie - Communication

Conformément à l'art. 3a (4) de l'avenant du 30.11.2023 au règlement de 2001, sont consiedérées comme partenaires – même entre personnes du même sexe – les personnes qui, au moment du décès de la personne aussurée

- 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 avenant du 30.11.2023 au règlement de 2001. 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