

**Demande de rente de partenaire**

|            |       |                   |       |
|------------|-------|-------------------|-------|
| Employeur  | _____ | Contrat n°        | _____ |
| Nom        | _____ | Prénom            | _____ |
| Rue        | _____ | NPA/Localité      | _____ |
| Téléphone  | _____ | Date de naissance | _____ |
| Etat civil | _____ | Date d'état civil | _____ |

**Annonce de partenaire**

En connaissance de l'article 25 (rente de partenaire) du règlement de prévoyance et d'organisation, la personne assurée déclare le partenaire ayant droit suivant:

**Partenaire**

|            |       |                   |       |
|------------|-------|-------------------|-------|
| Nom        | _____ | Prénom            | _____ |
| Rue        | _____ | NPA/Localité      | _____ |
| Téléphone  | _____ | Date de naissance | _____ |
| Etat civil | _____ | Date d'état civil | _____ |

**Attestation d'existence d'un partenariat fondant un droit**

Les parties ont pris connaissance des dispositions de l'article 25 du règlement de prévoyance et d'organisation et reconnaissent expressément les conditions fixées à cet article. Les deux parties attestent qu'il existe un partenariat fondant un droit et déclarent que:

- la personne assurée subvenait de façon substantielle à l'entretien du partenaire survivant pendant les cinq dernières années précédant son décès.

Soutien financier substantiel depuis: \_\_\_\_\_

- le partenaire et la personne assurée formaient ensemble une communauté de vie similaire au mariage avec un domicile commun de façon ininterrompue durant les cinq dernières années précédant le décès au moins.

Domicile commun depuis: \_\_\_\_\_

- le partenaire survivant subvient à l'entretien d'un ou de plusieurs enfants.

**Remarque:** TRANSPARENTA peut vérifier si toutes les conditions du droit aux prestations sont remplies uniquement lors de la survenance d'un cas de prévoyance. La présente demande doit être signée par les deux partenaires/parties, faute de quoi elle est invalide.

\_\_\_\_\_  
Lieu/date

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne assurée

\_\_\_\_\_  
Signature du partenaire