

Demande de rente de partenaire

Employeur	_____	Contrat n°	_____
Nom	_____	Prénom	_____
Rue	_____	NPA/Localité	_____
Etat civil/Date	_____	Date de naissance	_____
E-Mail	_____	Téléphone	_____

Annonce de partenaire

En connaissance de l'article 26 (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	_____
Etat civil/Date	_____	Date de naissance	_____
E-Mail	_____	Téléphone	_____

Cette demande vaut également comme clause bénéficiaire pour le capital-décès (selon l'art. 30)

Conditions pour un partenariat de vie ouvrant des droits

Une rente de partenaire n'est versée que si, en plus des conditions de l'article 26.1. du règlement de prévoyance et d'organisation du personnel, au moins une des conditions suivantes est remplie :

- la personne assurée subvenait de façon substantielle à l'entretien du partenaire survivant au moins 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 au moins durant les cinq dernières années précédant le décès, tant que cela était possible pour raison de santé.

Domicile commun depuis: _____

- le partenaire survivant doit subvenir à l'entretien d'un ou de plusieurs enfants communs.

La personne assurée et son partenaire ont pris connaissance des dispositions pertinentes du règlement de prévoyance et d'organisation et acceptent expressément les conditions qui y sont définies. La Fondation peut vérifier si toutes les conditions du droit aux prestations sont remplies uniquement lors de la survenance d'un cas de prévoyance. Le partenaire survivant doit prouver qu'il remplit toutes les conditions du droit à la rente. Il doit faire valoir ses droits auprès de la Fondation dans les 4 mois suivant le décès de la personne assurée ; dans le cas contraire, le droit à la rente de partenaire s'éteint.

_____ Date

_____ Signature de la personne assurée

_____ Signature du partenaire