

**FONDATION DE PRÉVOYANCE MUSIQUES-ARTS
COMMUNAUTÉ DE VIE****Données de la personne assurée**

Nom et Prénom _____

Rue et N° _____

Pays, NPA Localité _____

N° AVS _____

Date de naissance / Sexe _____

Etat civil _____

Téléphone / Adresse email _____

Données du partenaire

Nom et Prénom _____

N° AVS _____

Date de naissance / Sexe _____

Communauté de vie

Date de début de la communauté de vie _____

Confirmation

Les personnes soussignées confirment avoir pris connaissance du règlement de prévoyance notamment des articles relatifs à la communauté de vie.

Les personnes soussignées confirment qu'elles forment une communauté de vie.

Les personnes soussignées s'engagent à déclarer immédiatement et par écrit à l'institution de prévoyance la dissolution de la communauté de vie.

Remarque

Pour être reconnu, l'assuré doit impérativement avoir fait connaître l'existence de son partenariat par écrit à l'institution de prévoyance de son vivant.

Les prestations sont définies sur la base du règlement de prévoyance en vigueur au moment de l'événement assuré.

Signature

Lieu, date : _____

Lieu, date : _____

Signature de la personne assurée**Signature du partenaire¹**

¹Joindre une copie de la pièce d'identité du partenaire.

Remarque

Par sa signature la personne assurée confirme les indications déclarées et certifie avoir lu et compris les informations ci-dessus concernant la communauté de vie.

En cas de transmission de l'adresse email, la personne assurée autorise l'envoi de ses documents par courriel protégé.