

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

Nom _____
Prénom _____
Rue et N° _____
Pays, NPA Localité _____
N° AVS / Etat civil _____
Date de naissance / Sexe _____
Téléphone / Adresse email _____

Données du partenaire

Nom _____
N° AVS / Etat civil _____
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, la personne assurée 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**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.

Lieu, date : _____ Lieu, date : _____

Signature de la personne assurée

Signature du partenaire¹

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