

Déclaration de partenariat – FMVB

Personne assurée

Nom : Prénom :

Date de naissance : No AVS/NSS : 756

Partenaire

Nom : Prénom :

Date de naissance : No AVS/NSS : 756

Domicile commun

Adresse :

.....

NPA / Localité :

Domicile commun depuis le : (date de l'annonce auprès de la commune de résidence)

Déclaration

Par sa signature, le/la partenaire confirme :

- qu'il/elle n'est pas marié ou n'est pas lié par un partenariat enregistré (avec l'assuré ou une autre personne);
- qu'il/elle n'est pas divorcé de l'assuré;
- qu'il/elle n'existe pas de lien de parenté au sens de l'art. 95 du Code civil avec l'assuré;
- qu'il/elle ne bénéficie pas d'une prestation de survivant, que ce soit à titre de conjoint ou de partenaire, d'une autre institution de prévoyance professionnelle;
- qu'il/elle forme avec l'assuré une communauté de vie ininterrompue d'au moins trois ans ou qu'il doit subvenir à l'entretien d'un ou de plusieurs enfants communs ;
- qu'il/elle a été désigné par l'assuré de son vivant.

Important

Cette désignation est valable uniquement avec les signatures originales.

Il incombe au partenaire non enregistré, qui fait valoir un droit à la caisse, d'apporter la preuve selon laquelle il remplit les conditions ci-dessus.

Signatures

Lieu et date :

Signature de l'assuré(e) : Signature du partenaire :