

Déclaration de concubinage

Destinée aux personnes de sexe opposé non mariées ou pour les personnes de même sexe non liées par un partenariat enregistré.

No d'affiliation : _____ Employeur / Médecin indépendant : _____

Personne assurée / Données personnelles

Nom _____ Prénom _____
Rue, no _____ NPA, lieu _____
No AVS _____ Date de naissance _____
Etat civil célibataire mariée(e) lié(e) par partenariat enregistré divorcé(e) veuf/veuve
Courriel _____ Téléphone _____

Données personnelles de la personne vivant en concubinage avec la personne assurée

Nom _____ Prénom _____
No AVS _____ Date de naissance _____
Etat civil célibataire mariée(e) lié(e) par partenariat enregistré divorcé(e) veuf/veuve

Déclaration

Les parties en présence signent la présente déclaration en tenant compte des points suivants :

1. Avoir pris connaissance des dispositions du règlement de prévoyance d'après lesquelles, sous certaines conditions, le/la concubin(e) peut disposer d'un droit envers la Fondation AROMED en cas de décès de la personne assurée,
2. Qu'aucun partenaire n'est marié, ou lié par un partenariat enregistré entre eux ou avec un tiers
3. Qu'aucun lien de parenté n'existe entre eux dans lequel le mariage au sens du droit suisse est prohibé (art. 95, al. 1 et 2 CC).
4. La personne assurée et le/la concubin(e) déclare :
 - Vivre sous le même toit et mener une communauté de vie assimilable au mariage depuis le ____/____/____ (JJ/MM/AAAA)
 - Former une communauté de vie, tout en devant subvenir à l'entretien d'un ou plusieurs enfants communs qui ont droit à des rentes d'orphelin.
5. Signaler par écrit toute modification des relations décrites ci-dessus à la Fondation AROMED.

La présente annonce n'ouvre pas d'office le droit à la prestation en faveur du/de la concubin(e). Au moment du décès de la personne assurée, la Fondation AROMED établit si les conditions fixées dans le règlement de prévoyance ouvrant le droit à la prestation sont remplies. A cet effet, l'obligation d'assistance réciproque avait été fixée par écrit et le contrat de soutien réciproque correspondant est présenté à la Fondation AROMED au plus tard 3 mois après le décès de la personne assurée.

Lieu et date

Signature de la personne assurée

Signature du/de la concubin(e)

