AHV-KASSE METZGER
CAISSE AVS DES BOUCHERS
CASSA AVS DEI MACELLAI

AHV-KASSE · CAISSE AVS · CASSA AVS · 34
Wyttenbachstrasse 24 · Postfach · 3000 Bern 22
www.ahvpkmetzger.ch

Attestation de partenariat, concubinage

à l'attention de la Caisse de pensions des Bouchers

Renseignements personnels

Personne assurée

Nom, Prénom: _____

Numéro AVS: _____ Date de naissance: _____

Partenaire

Nom, Prénom: _____

Numéro AVS: _____ Date de naissance: _____

Ménage commun

Rue et numéro: _____

NPA, lieu: _____

Date de début du ménage commun: _____

Clause bénéficiaire

La personne assurée prend acte du fait qu'en cas de décès, son partenaire est bénéficiaire conformément aux dispositions générales du règlement. Cela implique l'existence, au moment du décès, d'une rente de partenaire assurée et d'un partenariat fondant un droit entre les deux partenaires conformément au règlement.

Partenariat fondant un droit entre les deux partenaires

Un tel partenariat existe lorsqu'au moment du décès de la personne assurée, les deux partenaires ne sont ni mariés, ni liés par un partenariat enregistré, ni apparentés, et que
- soit le partenaire a formé, avec la personne décédée, un ménage commun de manière ininterrompue au cours des cinq années précédant le décès,
- soit le partenaire survivant doit subvenir à l'entretien d'un ou de plusieurs enfants communs.

Il n'existe aucun droit à la rente de partenaire lorsque le partenaire survivant reçoit déjà une rente de conjoint ou de partenaire d'une institution de prévoyance suisse ou étrangère.

Confirmation de la personne assurée

La personne assurée confirme
- que les deux partenaires ne sont ni mariés, ni liés par un partenariat enregistré, ni apparentés, et
- qu'ils font ménage commun, et
- qu'ils forment une communauté de vie.

Signatures

Les personnes soussignées confirment vivre en partenariat. Elles ont pris connaissance du fait que les conditions d'un partenariat fondant un droit entre les deux partenaires doivent être réunies en cas de survenance d'un événement assuré et qu'elles feront, le cas échéant, l'objet d'un examen ad hoc.

Signature de la personne assurée: _____

Signature du/de la partenaire: _____

Lieu, date: _____

Adresser à:

Caisse de pensions des Bouchers
c/o Caisse de Compensation AVS
des Bouchers
Wyttenbachstrasse 24
Case postale
3000 Berne 22