

## confirmation de modification communauté de vie

Employeur

Plan de prévoyance

Assuré(e)

Nom

Prénom

Adresse

NPA/localité

Coordonnées en cas de demande de précisions pendant la journée (e-mail ou N° de téléphone)

Etat civil

- Célibataire     Marié(e)     Divorcé(e)     Veuf/ve  
 Partenariat enregistré     Partenariat dissous

Partenaire et/ou personne physique bénéficiant de façon substantielle du soutien de la personne assurée:

Nom

Prénom

Sexe

- Masculin     Féminin

Date de naissance

Etat civil

- Célibataire     Marié(e)     Divorcé(e)     Veuf/ve  
 Partenariat enregistré     Partenariat dissous

La personne assurée, le partenaire et/ou la personne physique certifient

- qu'ils vivent comme partenaires en ménage commun de façon ininterrompue depuis le\*
- que les personnes soussignées se soutiennent réciproquement personnellement et financièrement pour la durée de leur relation;
- que le partenaire survivant doit subvenir à l'entretien d'un ou plusieurs enfants communs;
- qu'ils annoncent la dissolution de partenariat à la fondation.

Un partenariat ayant droit est aussi possible entre personne de même sexe.

\*pendant au moins 5 ans jusqu'au décès, pour avoir droit à une prestation

La présente déclaration remplace et annule toutes les éventuelles déclarations antérieures.

Lieu, date

Signature de l'assuré(e)

Lieu, date

Signature du partenaire/de la personne physique

Certification de signature de la personne assurée:

Lieu, date

Le notaire

**Au moment du décès, UGZ vérifie si les conditions d'attribution de prestations sont remplies.**