

**Pensionskasse SPS und Jelmoli**  
**Wohlfahrtsstiftung SPS und Jelmoli**

Postfach 3020, 8021 Zürich Tel. 044/220'40'51

## Information concernant la rente de partenaire

Au moyen de ce formulaire, il est possible d'annoncer un partenariat dans le sens du règlement de prévoyance de la Caisse de pension et de la Fondation de prévoyance SPS et Jelmoli. Pour les couples mariés ou liés par un partenariat enregistré, l'état civil étant déterminant, une annonce n'est pas nécessaire. Une modification de la réglementation pour les bénéficiaires de capitaux en cas de décès doit être communiquée au moyen du formulaire « Information concernant les bénéficiaires de capitaux en cas de décès ».

### Coordonnées de la personne assurée

Prénom: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

Numéro de personnel: \_\_\_\_\_

Entreprise: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Etat civil:  célibataire       divorcé(e)  
 veuf/veuve       partenariat dissous

### Coordonnées du/de la partenaire

Prénom: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Etat civil:  célibataire       divorcé(e)  
 veuf/veuve       partenariat dissous

### Adresse du domicile commun

No, rue: \_\_\_\_\_

CP/lieu: \_\_\_\_\_

### Confirmation du partenariat

La personne assurée et le/la partenaire attestent l'existence d'un partenariat dans le sens du règlement de prévoyance de la Fondation. Ils déclarent ne pas être mariés et ne pas avoir de lien de parenté. En outre, ils confirment ce qui suit (prière de cocher):

- nous avons une vie commune.
- nous avons une vie commune et le/la partenaire doit subvenir aux besoins d'un ou de plusieurs enfants dans le cas du décès de la personne assurée,

Dans tous les cas, la situation de la personne assurée de même que les conditions légales au moment de son décès sont déterminantes pour le versement d'une rente de partenaire au compagnon survivant. C'est à la personne assurée qui demande une rente de partenaire d'apporter la preuve qu'elle remplit les conditions lui en donnant droit (p. ex. cinq années de vie commune ininterrompue au même domicile).

Lieu, date

Signature de la personne assurée

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lieu, date

Signature du/de la partenaire

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_