

Déclaration de partenariat

Personne assurée:

Nom: Date de naissance:
Prénom: N° d'AVS:
N° de membre: Employeur:

Par la présente, je déclare mon/ma partenaire à vos services conformément aux dispositions réglementaires actuellement en vigueur (règlement de prévoyance, entre autres art. 14 et art. 33).

Partenaire:

Nom: Date de naissance:
Prénom: N° d'AVS:

Adresse commune:

Adresse complète:
.....

Indications:

1. Les parties concluent le présent accord conformément aux dispositions réglementaires de la CP SHP actuellement en vigueur concernant la rente de partenaire.
2. Les parties confirment qu'elles ne sont pas mariées et n'ont aucun lien de parenté constituant un empêchement..
3. Les parties déclarent conjointement qu'
elles font ménage commun comme partenaires depuis et qu'elles habitent et vivent ensemble
sans interruption depuis cette date
elles doivent survenir à l'entretien d'un ou plusieurs enfants communs.
4. Les parties sont conscientes que d'éventuels droits à recevoir des prestations de la caisse de pension SHP n'existent qu'en vertu des dispositions légales et réglementaires en vigueur au moment du décès de la personne assurée. Par ailleurs, le secrétariat de la caisse de pension SHP peut demander des éclaircissements sur le partenariat lorsque des prestations sont dues et prélever une participation aux frais correspondante.

Lieu, date: Signature de la personne assurée

Lieu, date: Signature du/de la partenaire

Prière de renvoyer dûment rempli et signé à:

Pensionskasse SHP, Case postale, 8953 Dietikon 1