

## Déclaration de vie commune (concubinage)

---

*La forme masculine inclut aussi le féminin et le singulier le pluriel. Veuillez cocher les cases correspondantes et compléter le formulaire. Tous les champs sont obligatoires. Les ratures et traces de liquide correcteur sont interdites.*

Le preneur de prévoyance soussigné déclare une communauté de vie (concubinage).

### Coordonnées

N° de compte

---

Madame  Monsieur

Nom

---

Prénom

---

Date de naissance

---

Rue

---

NPA, localité

---

Téléphone 1

---

Téléphone 2

---

Adresse e-mail

---

Nationalité(s)

---

N° AVS

---

### État civil

célibataire

divorcé

depuis le (date)

---

partenariat enregistré dissous

depuis le (date)

---

veuf de conjoint ou partenaire enregistré

depuis le (date)

---

marié / vivant en partenariat enregistré (veuillez compléter les champs ci-dessous)

- Date du mariage / d'enregistrement du partenariat \_\_\_\_\_
- Nom et prénom du conjoint / partenaire enregistré \_\_\_\_\_
- Date de naissance du conjoint / partenaire enregistré \_\_\_\_\_
- Sexe du conjoint / partenaire enregistré  féminin  masculin

### Informations relatives à la communauté de vie (concubinage)

Conformément aux dispositions légales et réglementaires, une communauté de vie / un partenaire est pris en compte lors du décès du preneur de prévoyance

- si le preneur de prévoyance a établi une relation stable de concubinage avec le partenaire;
- si le preneur de prévoyance a vécu en ménage commun de manière ininterrompue avec le partenaire pendant cinq ans jusqu'à son décès.

Date de création du ménage commun \_\_\_\_\_

Nom et prénom du partenaire \_\_\_\_\_

Date de naissance du partenaire \_\_\_\_\_

Sexe du partenaire  féminin  masculin

Le preneur de prévoyance certifie l'exactitude des données ci-dessus. En cas de changement d'institution de prévoyance, il incombe d'effectuer une nouvelle déclaration de vie commune. Le preneur de prévoyance prend acte du fait que l'appréciation définitive ne pourra avoir lieu qu'après son décès et dans le respect des dispositions légales et réglementaires. **Le droit suisse s'applique. Le for et le lieu d'exécution est Bâle.**

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du preneur de prévoyance

Merci de faire parvenir ce formulaire à:

Fondation de prévoyance Terzo de la Banque WIR, case postale, 4002 Bâle

*Réservé à la fondation:*

Eintragen und bestätigen. Visum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_