

## COMMUNAUTÉ DE VIE OU PERSONNE À CHARGE

Annonce

### Données personnelles de l'assuré(e)

Nom : ..... Prénom : .....  
 Rue : ..... NPA et localité : .....  
 Date de naissance : ..... No AVS : ..... Sexe :  H  F  
 Etat civil : ..... si divorcé(e) joindre la copie du jugement de divorce

### Communauté de vie

#### Données personnelles de la/du partenaire

Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : ..... No AVS : ..... Sexe :  H  F  
 Etat civil : ..... si divorcé(e) joindre la copie du jugement de divorce

#### Adresse du domicile commun actuel

Rue : ..... NPA et localité : .....  
 Domicile commun depuis le : .....

#### Enfant(s) commun(s) à charge oui non

Nom(s), prénom(s) : .....  
 Date(s) de naissance : .....

Les personnes soussignées confirment par leur signature :

- qu'elles ont pris connaissance du règlement de prévoyance CAPAV, notamment de ses articles 30 et suivants ainsi que de l'article 34 et qu'elles remplissent toutes les conditions posées par le règlement pour pouvoir faire cette annonce et prétendre ainsi à d'éventuelles prestations ;
- qu'en outre, elles n'ont aucun lien de parenté au sens de l'article 95 CC ;
- qu'elles ne sont liées (entre elles ou avec une autre personne) ni par le mariage, ni par un partenariat enregistré (selon la LPart), ni par un partenariat assimilé selon l'article 20a LPP ;
- qu'elles forment une **communauté de vie à la même adresse ininterrompue depuis au moins 5 ans** ou en subvenant à l'entretien d'un ou plusieurs enfants communs ;
- que le/la partenaire ne perçoit pas de rente (ni aucune prestation en capital en lieu et place de la rente) du 1<sup>er</sup> et/ou du 2<sup>ème</sup> pilier suisse (ou des prestations étrangères équivalentes), au titre de conjoint, conjoint divorcé ou de partenaire (selon la LPart ou selon l'art. 20a LPP) en raison d'un précédent mariage ou partenariat (selon la LPart ou selon l'art. 20a LPP).

**La désignation d'une personne comme bénéficiaire ne garantit aucun versement. Dans tous les cas, la situation au moment du décès de la personne assurée est déterminante pour l'évaluation des droits éventuels de la/des personne(s) désignée(s) par le présent formulaire.**

- Lors du décès de la personne assurée, CAPAV exigera les documents de preuve nécessaires ; ils devront être fournis dans les 60 jours suivant le décès.
- S'il existe un autre bénéficiaire au sens de l'article 30a du règlement de prévoyance CAPAV (conjoint, conjoint divorcé ou partenaire selon la LPart), cette déclaration est sans effet.

### Personne à charge

#### Données personnelles de la personne à charge

Nom : ..... Prénom : .....  
 Rue : ..... NPA et localité : .....  
 Date de naissance : ..... No AVS : ..... Sexe :  H  F  
 Etat civil : ..... si divorcé(e) joindre la copie du jugement de divorce

Cette personne est-elle à charge de manière prépondérante (minimum 50 %) ?  oui  non

Depuis quand cette personne est-elle à charge ? : .....

Les personnes soussignées confirment par leur signature :

- qu'elles ont pris connaissance du règlement de prévoyance CAPAV, notamment de ses articles 30 et suivants ainsi que de l'article 34 et qu'elles remplissent toutes les conditions posées par le règlement pour pouvoir faire cette annonce et prétendre ainsi à d'éventuelles prestations ;
- qu'en outre, la personne à charge n'est liée ni par le mariage, ni par un partenariat enregistré (selon la LPart), ni par un partenariat assimilé selon l'article 20a LPP ;
- qu'elle est **entretenu(e) de manière prépondérante (minimum 2 ans)**, qu'elle est **incapable d'exercer une activité lucrative suffisante** et **ne dispose pas de fortune** ;
- qu'elle ne perçoit pas de rente (ni aucune prestation en capital en lieu et place de la rente) du 1<sup>er</sup> et/ou du 2<sup>ème</sup> pilier suisse (ou des prestations étrangères équivalentes), au titre de conjoint, de conjoint divorcé, de partenaire (selon la LPart ou selon l'art. 20a LPP) ou d'orphelin.

**La désignation d'une personne comme bénéficiaire ne garantit aucun versement. Dans tous les cas, la situation au moment du décès de la personne assurée est déterminante pour l'évaluation des droits éventuels de la/des personne(s) désignée(s) par le présent formulaire.**

- Lors du décès de la personne assurée, CAPAV exigera les documents de preuve nécessaires ; ils devront être fournis dans les 60 jours suivant le décès.
- S'il existe un autre bénéficiaire au sens de l'article 30a du règlement de prévoyance CAPAV (conjoint, conjoint divorcé ou partenaire selon la LPart), cette déclaration est sans effet.

Lieu, date : \_\_\_\_\_ Signature de l'assuré(e) : \_\_\_\_\_

Lieu, date : \_\_\_\_\_ Signature de la/du partenaire ou de la personne à charge : \_\_\_\_\_

#### Déclaration de consentement

Par l'envoi de ce document, je confirme consentir aux traitements de mes données (collecte, enregistrement, utilisation et conservation) ainsi qu'à leur transmission à des tiers dans le cadre du traitement de mon dossier et/ou selon les dispositions légales.

Notre politique de confidentialité est disponible sur notre site internet : [www.capav.ch](http://www.capav.ch).