

Formulaire d'annonce d'une communauté de vie

IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE

Nom : Prénom :
Date de naissance : Etat civil :
Téléphone : Email :

IDENTITÉ DU/DE LA CONCUBIN/E

Nom : Prénom :
Date de naissance : Etat civil :
Téléphone : Email :

COMMUNAUTE DE VIE

Domicile commun depuis le : Adresse :
NPA/Localité : Enfant/s commun/s à charge : oui non

DÉCLARATION

Les soussignés certifient avoir répondu de manière complète et véridique aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. Ils déclarent n'avoir aucun lien de parenté au sens de l'article 95 CCS, confirment former une communauté de vie à deux, ininterrompue depuis la date de domicile commun et attestent que le concubin ne perçoit pas une prestation de survivant d'un précédent mariage/partenariat enregistré. Ils s'engagent à communiquer immédiatement à la Caisse, par écrit, la fin de la communauté de vie.

Ils déclarent avoir pris connaissance des dispositions réglementaires relatives au capital décès et en accepter expressément les conditions, notamment le fait que la présente déclaration valant convention doit parvenir à la Caisse du vivant de l'assuré/e, la date de réception par la Caisse faisant foi.

La personne assurée prend acte du fait qu'en cas de décès, son/sa concubin/e est bénéficiaire conformément à l'ordre de priorité des catégories réglementaires.

CAP Prévoyance peut **réduire** ou **refuser** des prestations en cas de réponses incomplètes ou non-conformes à la vérité.

Lieu et date

.....

Signature de l'assuré/e

.....

Signature du/de la concubin/e

.....

Joindre au présent formulaire une copie des **pièces d'identité** des concubins