

**Caisse de pension des organisations d'assurance-maladie**  
**Annonce d'une rente de partenaire**

**Informations concernant l'employeur**

Société, NPA, lieu

---

**Données personnelles de la personne assurée**

Nom Prénom

---

Rue / N° NPA, lieu

---

N° AVS État civil

---

**Pour toute question:** veuillez indiquer un numéro de téléphone et une adresse e-mail.

---

**Données personnelles du/de la partenaire**

Nom Prénom

---

Date de naissance N° AVS État civil

---

**Confirmation de la communauté de vie**

La personne assurée et le/la partenaire confirment l'existence d'une communauté de vie au sens du règlement de prévoyance de la fondation. Ils déclarent n'être ni mariés, ni parents. De plus, ils confirment les éléments suivants (veuillez cocher et remplir ce qui convient):

- Nous sommes en communauté de vie depuis le \_\_\_\_\_ (date).
- En cas de décès de la personne assurée, le/la partenaire doit subvenir à l'entretien d'un ou de plusieurs enfants communs.

L'institution de prévoyance et son administration (Diventa AG) traitent vos données personnelles de manière confidentielle et conformément aux dispositions légales en matière de protection des données ainsi qu'à la déclaration de protection des données. Vous trouverez des indications sur l'étendue et le but du traitement des données, sur vos droits selon la loi sur la protection des données, sur vos interlocuteurs ainsi que d'autres informations dans notre déclaration de protection des données (en allemand) sur [www.diventa.ch/datenschutz](http://www.diventa.ch/datenschutz).



Nom et année de naissance des enfants

---

---

---

La personne assurée soutient son/sa partenaire de façon substantielle.

Une communauté de vie se définit par l'existence d'une relation duale et par l'assistance et le soutien mutuels, par analogie à l'art. 159, al. 3, CC en qui concerne les époux.

**Veillez remplir le formulaire «Modification du/des bénéficiaire/s pour le capital-décès» pour annoncer une modification de bénéficiaire d'un éventuel capital-décès.**

Le présent contrat est valable jusqu'à sa révocation par les parties susmentionnées ou jusqu'au moment de la sortie de la personne assurée de la caisse de pension des organisations d'assurance-maladie.

Lieu, date

Signature de la personne assurée

---

Lieu, date

Signature du/de la partenaire

---

*L'institution de prévoyance et son administration (Diventa AG) traitent vos données personnelles de manière confidentielle et conformément aux dispositions légales en matière de protection des données ainsi qu'à la déclaration de protection des données. Vous trouverez des indications sur l'étendue et le but du traitement des données, sur vos droits selon la loi sur la protection des données, sur vos interlocuteurs ainsi que d'autres informations dans notre déclaration de protection des données (en allemand) sur [www.diventa.ch/datenschutz](http://www.diventa.ch/datenschutz).*

