

## Déclaration de partenaire

### 1. Identité

Nom	_____	Prénom	_____
Date de naissance	_____	N° AVS	756. _____
État civil	_____	N° d'assuré	_____

### 2. Informations sur le partenaire

Nom	_____	Prénom	_____
Date de naissance	_____	État civil	_____

### 3. Informations sur le partenariat de vie

L'adresse commune

Rue, N° \_\_\_\_\_ NPA, localité \_\_\_\_\_

L'adresse commune existe depuis \_\_\_\_\_

### 4. Explications de la rente de partenaire

Les dispositions réglementaires sont disponibles dans le règlement de prévoyance en vigueur de la Caisse de pension Valora, à l'article 17 et, par analogie, à l'article 16.

Les conditions suivantes sont requises :

- La déclaration du (de la) partenaire doit être effectuée par écrit à la Caisse de pension Valora, de son vivant et avant le départ en retraite.
- Il doit être prouvé que le couple a vécu à deux de manière constante et exclusive et avec budget commun pendant au moins 5 ans.
- L'assuré(e) a soutenu financièrement son (sa) partenaire de manière conséquente.

Dans le cadre des prestations, la Caisse de pension Valora vérifie si les conditions requises pour une rente de partenaire sont réunies. Attention: s'il n'existe aucun droit à une rente de partenaire, cette déclaration de partenaire ne vaut pas automatiquement comme désignation du bénéficiaire pour le capital-décès. Vous trouverez **le formulaire « Déclaration de la répartition du capital-décès » ainsi que l'ordre des bénéficiaires** au verso de cette déclaration.

### 5. Signatures

Personne assurée	
Date _____	Signature _____
Partenaire	
Date _____	Signature _____

## Annexe 7 Déclaration de la répartition du capital-décès

Une répartition du capital-décès en faveur de personnes bénéficiaires est possible selon le règlement de prévoyance dans l'ordre mentionné ci-dessous et au sein d'un groupe de bénéficiaires a à c. **Ceux-ci peuvent être partiellement regroupés (cf. remarque).**

La personne soussignée souhaite que le capital au décès dû si elle décède en tant que personne assurée soit versé aux survivants ayant droit dans l'étendue suivante :

Groupes de bénéficiaires	Personnes ayants droit	Date de naissance	Quote-part * (en %)
<b>a. le conjoint ou le partenaire enregistré et les enfants de la personne assurée décédée pour lesquels il existe un droit à une rente d'orphelin selon l'art. 19 ; en leur absence</b>	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
<b>b. les personnes physiques à l'entretien desquelles la personne assurée subvenait de façon déterminante depuis au moins 24 mois avant son décès ou la personne qui vivait avec elle en communauté de vie au cours des 5 dernières années sans interruption jusqu'à son décès ou qui doit subvenir à l'entretien d'un ou plusieurs enfant(s) commun(s) ; en son absence</b>	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
<b>c. les enfants, dans la mesure où ils ne tombent pas déjà sous le groupe de personnes b, ainsi que les parents, frères et sœurs</b>	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....

\* **Remarque importante :** Les groupes de bénéficiaires peuvent être regroupés de la manière suivante. Veuillez cocher si vous souhaitez un regroupement.

- 1. S'il existe des personnes selon le groupe b, la personne assurée peut regrouper les personnes bénéficiaires selon les groupes a et b.
- 2. S'il n'existe pas de personnes selon le groupe b, la personne assurée peut regrouper les personnes bénéficiaires selon les groupes a et c.
- 3. En l'absence de personnes selon le groupe a, la personne assurée peut regrouper les personnes bénéficiaires selon les groupes b et c.

Au sein du groupe a, la répartition peut être effectuée au choix.

Au sein du groupe c, la répartition peut être choisie à volonté. En l'absence d'une déclaration, il existe pour les personnes du groupe c l'ordre défini, c.-à-d. que d'abord les autres enfants ont droit au capital-décès total, en leur absence les parents et en leur absence les frères et sœurs

Il est indispensable que la personne assurée contrôle régulièrement le rang des bénéficiaires, en particulier si les situations familiales évoluent.

La personne assurée prend acte de ce que cette déclaration est caduque si elle est contraire à des dispositions légales ou en matière de droit fiscal.

Nom, prénom de la personne assurée : .....

Lieu / date et signature .....