

COPRE

ANNONCE DE COMMUNAUTÉ DE VIE

Entreprise affiliée : N° de contrat :

Données personnelles de l'assuré(e)

Nom et prénom : Date de naissance :

N° AVS : Sexe : M F

Adresse :

.....

Tél. privé/portable : E-mail :

Etat civil dès le : célibataire marié(e) divorcé

lié(e) par un partenariat enregistré partenariat dissous veuf(ve)

Concubin(e)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Début de communauté de vie (date) :

Joindre une photocopie de la pièce d'identité

Confirmation de la communauté de vie par la personne assurée

La personne assurée confirme par sa signature l'existence d'une communauté de vie assimilable au mariage ou au partenariat enregistré et avoir bien pris connaissance des articles 27 à 32 du règlement de prévoyance.

Lieu et date : Signature de l'assuré(e) :