

DÉCLARATION DE COMMUNAUTÉ DE VIE

Profmed

PERSONNE ASSURÉE

Nom, prénom :

N° AVS :

E-mail : Téléphone :

CONCUBIN(E)

Nom, prénom :

N° AVS :

Date de naissance : Sexe : masculin féminin

CONFIRMATION DE LA COMMUNAUTÉ DE VIE

La personne assurée et son concubin confirment par leur signature l'existence d'une communauté de vie à partir du assimilable au mariage ou au partenariat enregistré.

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

Lieu, date : Signature du concubin :