

# 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 : .....