

Bestätigung Lebenspartnerschaft (Konkubinats)

Arbeitgeber:

Mitglied-Nr.:

1. Personalien der versicherten Person

Geschlecht: weiblich männlich

Versichertennummer (ehemals AHV-Nummer)

Name, Vorname

Strasse, Nr.

Postleitzahl, Ort

Geburtsdatum:

2. Lebenspartnerin bzw. Lebenspartner

Versichertennummer (ehemals AHV-Nummer)

Name, Vorname

3. Gemeinsamer Haushalt

Beginn des gemeinsamen Haushalts:

Adresse:

4. Hinweise

Begünstigung:

Die versicherte Person nimmt zur Kenntnis, dass im Falle ihres Todes die Lebenspartnerin bzw. der Lebenspartner entsprechend den allgemeinen Bestimmungen des Reglements begünstigt wird. Dies setzt voraus, dass zum Zeitpunkt des Todes eine Lebenspartnerrente versichert ist und eine anspruchsbegründende Lebenspartnerschaft gemäss Reglement vorliegt.

Anspruchsbegründende Lebenspartnerschaft:

Diese liegt dann vor, wenn im Zeitpunkt des Todes des Versicherten beide Lebenspartner unverheiratet, nicht eingetragene Partner und nicht miteinander verwandt sind sowie

- beide Lebenspartner in den letzten fünf Jahren bis zum Tod des Versicherten ununterbrochen eine Lebensgemeinschaft im gemeinsamen Haushalt geführt haben
- oder der hinterbliebene Lebenspartner für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kinder aufkommen muss.

Bestätigung Lebenspartnerschaft (Konkubinat)

Kein Anspruch auf die Lebenspartnerrente besteht, wenn der überlebende Lebenspartner bereits eine Ehegatten- oder eine Lebenspartnerrente von einer in- oder ausländischen Vorsorgeeinrichtung bezieht.

5. Bestätigung versicherte Person

Die versicherte Person bestätigt, dass

- beide Lebenspartner unverheiratet, nicht eingetragene Partner und nicht miteinander verwandt sind und
- sie in einem gemeinsamen Haushalt leben und
- sie eine Lebensgemeinschaft führen.

6. Unterschriften

Die unterzeichnenden Personen bestätigen das Vorliegen einer Lebenspartnerschaft. Sie haben zur Kenntnis genommen, dass die Voraussetzungen für eine anspruchsbegründende Lebenspartnerschaft im Leistungsfall erfüllt sein müssen und entsprechend geprüft werden.

Unterschrift der versicherten Person:

Unterschrift der Lebenspartnerin / des Lebenspartners:

Ort, Datum: