



Vorsorgewerk der proparis Vorsorge-Stiftung Gewerbe Schweiz, Bern

Bestätigung Lebenspartnerschaft (Konkubinat)

Arbeitgeber:

Mitglied-Nr.:

1. Personalien der zu versichernden Person

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, PLZ und Ort:

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Zivilstand:

Sozialversicherungs-Nr.:

2. Lebenspartnerin bzw. Lebenspartner

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Sozialversicherungs-Nr.:

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 Bestimmungen im Vorsorgereglement 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.

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.

Ort und Datum:

Unterschrift versicherte Person:

Unterschrift der Lebenspartnerin / des
Lebenspartners: