



Versicherter (bzw. Rentenbezüger)

AHV-Nr. Geburtsdatum
Name Vorname
Geschlecht Zivilstand
Arbeitgeber Kundennummer

Konkubinatspartner

AHV-Nr. Geburtsdatum
Name Vorname
Geschlecht Zivilstand

Gemeinsamer Wohnsitz

Strasse, Nr. PLZ, Ort
Gemeinsamer Haushalt seit Bei Wohngemeinde gemeldet seit

Anspruch auf eine Partnerrente

Der Konkubinatspartner wird als hinterlassener Partner anerkannt, wenn folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sind:

- weder der Konkubinatspartner noch der Versicherte bzw. der Rentenbezüger sind verheiratet oder führen eine eingetragene Partnerschaft im Sinne des Partnerschaftsgesetz (PartG),
- es besteht kein Verwandtschaftsverhältnis,
- vor dem Tod wurde eine ununterbrochene Lebensgemeinschaft während mindestens fünf Jahren geführt. Die Lebensgemeinschaft muss nicht fünf Jahre gedauert haben, wenn der Konkubinatspartner für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kinder aufkommt,
- die vorliegende Erklärung wurde vom Versicherten bzw. Rentenbezüger und dem Konkubinatspartner unterzeichnet und der Vorsorgestiftung vor dem Tod des Versicherten bzw. Rentenbezüger zugestellt. Die Unterschriften sind von einem Notar oder von der Einwohnerkontrolle der Wohngemeinde beglaubigen zu lassen. Möglich ist auch die persönliche Vorsprache am Sitz der Vorsorgestiftung unter Vorlage eines offiziellen und gültigen Identitätsausweises,
- der Konkubinatspartner bezieht keine Witwen- oder Witwerrente einer anderen Vorsorgeeinrichtung im Zusammenhang mit einer früheren Lebensgemeinschaft oder Ehe.

Die Vorsorgeeinrichtung prüft den Anspruch auf Leistungen erst nach dem Tod des Versicherten oder des Rentenbezügers. Die Anspruchsvoraussetzungen müssen im Zeitpunkt des Todes erfüllt sein und sind vom Konkubinatspartner zu belegen.

Bestätigung

Der Versicherte bzw. Rentenbezüger bestätigt, dass alle vorgenannten Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind und alle Angaben der Wahrheit entsprechen.

Er teilt der Vorsorgestiftung die Auflösung der Lebensgemeinschaft / gemeinsamen Haushalt unverzüglich mit.

Unterschriften

Ort, Datum, Unterschrift Versicherter / Rentenbezüger

Ort, Datum, Unterschrift Konkubinatspartner

Beglaubigung der Unterschriften

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift der zu beglaubigenden
Einrichtung oder Behörde