



Firma

Anschluss-Nr.

Versicherte Person:

Name, Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

AHV-Nr.

gesetzlicher Zivilstand

Als Lebenspartnerschaft gilt eine eheähnliche Lebensgemeinschaft im gleichen Haushalt von einer unverheirateten versicherten Person mit einer unverheirateten Person des anderen oder gleichen Geschlechts, wenn:

- a. die Lebenspartnerschaft während mindestens 5 Jahren und bis zum Tod gedauert hat und
- b. die anspruchsberechtigte Person mit der versicherten Person nicht verwandt (bis und mit 2. Grad) ist.

Die Lebenspartnerschaft ist von der versicherten Person schriftlich der Stiftung zu melden, spätestens wenn diese 5 Jahre gedauert hat. Erhält die Lebenspartnerin / der Lebenspartner Leistungen anderer Vorsorgeeinrichtungen, so werden diese mit den Leistungen der Stiftung verrechnet. Der tatsächliche Sachverhalt wird erst im Zeitpunkt des Todes überprüft und ein allfälliger Leistungsanspruch dementsprechend erst dann festgestellt.

Lebenspartner/in

Name, Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Gesetzlicher Zivilstand

Ich verpflichte mich, der oben genannten Pensionskasse Zivilstandsänderungen, Adressänderungen sowie weitere Änderungen, die die Anspruchsberechtigung beeinflussen könnten, mitzuteilen.

Ich nehme zur Kenntnis:

- Für die Prüfung eines allfälligen Leistungsanspruchs sind nicht die heutigen Verhältnisse bzw. die heutigen regulatorischen und gesetzlichen Bestimmungen massgebend, sondern jene im Zeitpunkt des Todes.
- Die oben genannte Pensionskasse wird im Falle von Einsprachen gegen diese Begünstigungserklärung die zur Diskussion stehende Versicherungsleistung bei deren Fälligkeit gerichtlich hinterlegen.



Ihre Bestätigung und Unterschrift

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dieses Antragsformular wahrheitsgetreu und vollständig ausgefüllt und die Bestimmungen zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort und Datum:

Unterschrift versicherte Person:

Amtliche Beglaubigung der Unterschrift Lebenspartner*in: (Beglaubigung durch Gemeinde oder Notar)

Ort und Datum:

Unterschrift / Stempel:

Zustimmung Lebenspartner*in:

Ort und Datum:

Unterschrift Lebenspartner*in:
