



Erklärung/Bestätigung betreffend Unterstützungspflicht (Mustervereinbarung)

Name Vorsorgeeinrichtung

Name Arbeitgeber

Kategorie

Versicherte Person

Name

Vorname

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Kontaktadresse für Rückfragen
tagsüber (E-Mail oder Telefonnr.)

Zivilstand

- Ledig Verheiratet Geschieden Verwitwet
 Eingetragene Partnerschaft Aufgelöste Partnerschaft

Lebenspartner und/oder die natürliche Person, die von der versicherten Person in erheblichem Masse unterstützt wird:

Name

Vorname

Geschlecht

- Männlich Weiblich

Geburtsdatum

Zivilstand

- Ledig Verheiratet Geschieden Verwitwet
 Eingetragene Partnerschaft Aufgelöste Partnerschaft

Die versicherte Person, der Lebenspartner und/oder die natürliche Person bestätigen, dass

- sie als Lebenspartner ununterbrochen seit dem _____ in einem gemeinsamen Haushalt leben*;
 sich die unterzeichnenden Personen für die Dauer ihrer Beziehung gegenseitig persönlich und finanziell unterstützen;
 der Lebenspartner für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kinder aufkommen muss;
 die natürliche Person in erheblichem Masse vom Versicherten seit dem _____ unterstützt wird (bitte schriftliche Vereinbarung beilegen).
 sie die Auflösung der Lebenspartnerschaft unverzüglich der Stiftung anzeigen.

Eine anspruchsberechtigte Lebenspartnerschaft ist auch unter gleichgeschlechtlichen Personen möglich.

*für einen Leistungsanspruch bis zum Tod während mindestens 5 Jahren

Mit dieser Erklärung widerrufe ich allfällige früher abgegebene Erklärungen.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person

Ort und Datum

Unterschrift des Lebenspartners/der natürlichen Person

Die Echtheit der Unterschrift des Lebenspartners/der natürlichen Person bestätigt:

Ort und Datum

Notar

Die Stiftung prüft im Zeitpunkt des Todes, ob die Voraussetzungen zur Ausrichtung von Leistungen erfüllt sind.