

**VERSICHERTE PERSON**

Name, Vorname: .....

AHV-Nr.: .....

**KONKUBINATSPARTNER(IN)**

Name, Vorname: .....

AHV-Nr.: ..... Geschlecht:  männlich  weiblich

Geburtsdatum: .....

Überlebende Konkubinatspartner werden (unabhängig vom Geschlecht) betreffend Kapital- und Rentenansprüchen überlebenden Ehegatten gleichgestellt, sofern die folgenden Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind:

- a. Die betreffende Leistung ist aufgrund des versicherungstechnischen Anhangs vorgesehen;
- b. Die beiden Konkubinatspartner sind ledig, geschieden oder verwitwet und sind nicht gemäss Artikel 95 ZGB miteinander verwandt;
- c. Der Konkubinatspartner oder die Konkubinatspartnerin und die versicherte Person haben mindestens während der letzten fünf Jahre vor dem Tod der versicherten Person ununterbrochen in einer Lebensgemeinschaft im selben Haushalt zusammengelebt; diese 5-Jahres-Frist wird nicht verlangt, sofern sie eines oder mehrere gemeinsame Kinder haben;
- d. Die Lebensgemeinschaft wurde zu Lebzeiten der versicherten Person schriftlich mit einer datierten und von beiden Konkubinatspartnern unterzeichneten Erklärung mittels des vorliegenden Formulars per Einschreiben bei der Stiftung angemeldet.
- e. Der Konkubinatspartner oder die Konkubinatspartnerin erhält keine Ehegattenrente und keine Kapitalzahlung anstelle einer Rente von einer Vorsorgeeinrichtung für eine vorhergehende Lebensgemeinschaft, eine vorhergehende eingetragene Partnerschaft oder eine vorhergehende Ehe.

Es obliegt dem überlebenden Konkubinatspartner bzw. der überlebenden Konkubinatspartnerin, die Nachweise für die Erfüllung der obigen Voraussetzungen zu erbringen, indem insbesondere folgende Bescheinigungen beigebracht werden: offizielle Wohnsitzbestätigungen, Auszüge aus dem Personenstandsregister, Informationen betreffend gemeinsame Kinder und alle anderen Dokumente, die für die Feststellung des Anrechts auf eine Rente für den überlebenden Konkubinatspartner erforderlich sind.

---

**BESTÄTIGUNG DER LEBENS-GEMEINSCHAFT**

Die versicherte Person und ihr Konkubinatspartner oder ihre Konkubinatspartnerin bestätigen durch ihre Unterschriften das Bestehen einer Lebensgemeinschaft ab dem ....., die einer Ehe oder einer eingetragenen Partnerschaft gleicht.

Ort und Datum: ..... Unterschrift der versicherten Person: .....

Ort und Datum: ..... Unterschrift des Konkubinatspartners oder der Konkubinatspartnerin: .....