

**Bestätigung Lebenspartnerschaft****1. Arbeitgeber**

Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

**2. Versicherte Person**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

AHV-Nr.: \_\_\_\_\_

**3. Lebenspartnerin bzw. Lebenspartner**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

AHV-Nr.: \_\_\_\_\_

**4. Gemeinsamer Haushalt**

Datum des Beginns des gemeinsamen Haushalts: \_\_\_\_\_

Strasse/PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**5. Bestätigung Lebenspartnerschaft**

Die unterzeichnenden Personen bestätigen das Vorliegen einer Lebenspartnerschaft.

**6. Bestätigung Lebenspartnerschaft**

Die Versicherte Person bestätigt, dass

- beide Lebenspartner unverheiratet und nicht miteinander verwandt sind und
- sie seit fünf Jahren in einem gemeinsamen Haushalt leben und
- der Lebenspartner für den Unterhalt eines oder mehrere Kinder aufkommen muss oder
- die versicherte Person während der letzten fünf Jahre mindestens die Hälfte der Kosten des gemeinsamen Haushaltes getragen hat.

**7. Hinweise / Unterschrift**

Begünstigung:

Die versicherte Person nimmt zur Kenntnis, dass im Falle ihres Todes die Lebenspartnerin bzw. der Lebenspartner entsprechend den allgemeinen Bestimmungen des Reglements begünstigt wird. Dies setzt voraus, dass im Todesfall eine anspruchsbegründete Lebenspartnerschaft gemäss Reglement vorliegt.

Anspruchsbegründete Lebenspartnerschaft:

Diese liegt dann vor, wenn im Zeitpunkt des Todes

- beide Lebenspartner unverheiratet und nicht miteinander verwandt sind und
- sie seit fünf Jahren in einem gemeinsamen Haushalt lebten und
- der hinterbliebene Lebenspartner für den Unterhalt eines oder mehrerer Kinder aufkommen muss oder die versicherte Person während der letzten fünf Jahre bis zu ihrem Tode mindestens die Hälfte der Kosten des gemeinsamen Haushaltes getragen hat.

**Die unterzeichnenden Lebenspartner haben zur Kenntnis genommen, dass die Voraussetzung für eine anspruchsbegründende Lebenspartnerschaft im Leistungsfall erfüllt sein müssen und entsprechend geprüft werden.**

Unterschrift der Lebenspartnerin / des Lebenspartners: \_\_\_\_\_

Unterschrift der versicherten Person: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_