



---

## Bestätigung Lebenspartnerschaft

---

Arbeitgeber	Name und Ort		
<hr/>			
Versicherte Person	Name	Vorname	Soz.-Vers. oder AHV-Nr.
<hr/>			
Lebenspartnerin bzw. Lebenspartner	Name	Vorname	Geburtsdatum
<hr/>			
Gemeinsamer Haushalt	Datum des Beginns des gemeinsamen Haushaltes: _____		
	Strasse, PLZ und Ort		
<hr/>			
Bestätigung	Die versicherte Person bestätigt, dass		
	<ul style="list-style-type: none"><li>- beide Lebenspartner unverheiratet, nicht als Partner einer eingetragenen Partnerschaft registriert und nicht miteinander verwandt sind <u>und</u></li><li>- der überlebende Partner für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer unterstützungspflichtiger Kinder aufkommt <u>oder</u></li><li>- die versicherte Person während der letzten fünf Jahre bis zu ihrem Tod mindestens die Hälfte der Kosten des gemeinsamen Haushaltes getragen hat</li></ul>		
<hr/>			
Hinweise	<b>Begünstigung</b>		
	Die versicherte Person nimmt zur Kenntnis, dass im Falle ihres Todes der Lebenspartner bzw. die Lebenspartnerin entsprechend der allgemeinen reglementarischen Ordnung begünstigt wird. Dies setzt voraus, dass im Todesfall eine anspruchsbegründende Lebenspartnerschaft gemäss Reglement vorliegt. (siehe nachstehend)		
	<b>Anspruchsbegründende Lebenspartnerschaft</b>		
	Diese liegt vor, wenn im Zeitpunkt des Todes		
	<ul style="list-style-type: none"><li>- beide Lebenspartner unverheiratet, nicht als Partner einer eingetragenen Partnerschaft registriert und nicht miteinander verwandt sind</li></ul>		
	<u>und</u>		
	<ul style="list-style-type: none"><li>- der überlebende Partner für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer unterstützungspflichtiger Kinder aufkommt <u>oder</u></li><li>- die versicherte Person während der letzten fünf Jahre bis zu ihrem Tod mindestens die Hälfte der Kosten des gemeinsamen Haushaltes getragen hat</li></ul>		
<hr/>			
	Die unterzeichnenden Lebenspartner haben zur Kenntnis genommen, dass die Voraussetzungen für eine anspruchsbegründende Lebenspartnerschaft im Leistungsfall erfüllt sein müssen und entsprechend überprüft werden.		
<hr/>			
	Die unterzeichnenden Personen bestätigen das Vorliegen einer Lebenspartnerschaft		
	Ort und Datum	Unterschrift Lebenspartner/in	Unterschrift der versicherten Person

---