

Unterstützungsvertrag

zwischen

Versicherte Person: Name, Vorname _____
Strasse, Nr. _____
PLZ, Ort _____
Geburtsdatum _____
Sozialversicherungsnummer _____
Zivilstand _____

und

Lebenspartner/in: Name, Vorname _____
Strasse, Nr. _____
PLZ, Ort _____
Geburtsdatum _____
Sozialversicherungsnummer _____
Zivilstand _____

1. Das Vorsorgereglement sieht unter bestimmten Bedingungen vor, dass eine überlebende Lebenspartnerin bzw. ein überlebender Lebenspartner gleichen oder anderen Geschlechts, für die Bemessung der Leistungen einer überlebenden Ehegattin bzw. einem überlebenden Ehegatten gleichgestellt ist oder Anspruch auf ein Todesfallkapital hat.
2. Die Parteien haben die diesbezüglichen Bestimmungen des Vorsorgereglements (Auszug siehe Rückseite) mit den darin festgelegten Bedingungen zur Kenntnis genommen und anerkennen diese ausdrücklich. Künftige Reglementsänderungen bleiben vorbehalten. Massgebend ist das Vorsorgereglement zum Zeitpunkt des Todes der versicherten Person. Die Vorsorgeeinrichtung ist befugt, den Sachverhalt im Todesfall der versicherten Person zu prüfen.
3. Die Parteien halten übereinstimmend fest, dass sie eine Lebenspartnerschaft seit _____ ohne Unterbruch in einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft formen.
4. Die Parteien halten fest, dass sie keine gemeinsame Kinder haben.
 eines oder mehrere
5. Die Parteien sind weder verheiratet noch in eingetragener Partnerschaft und zwischen ihnen besteht keine Verwandtschaft.

Massgebend für den Anspruch auf Leistungen ist die effektive Situation im Todesfall und nicht bei Unterzeichnung des Formulars.

Mit ihrer Unterschrift bestätigen die Parteien die Richtigkeit der Angaben.

Ort und Datum: _____

Unterschriften: _____
Versicherte Person

Lebenspartner/in