

Bestätigung Lebenspartnerschaft Vertrag Nr. _____

Arbeitgeber Name und Ort

!.....

Versicherte Person Name Vorname AHV-Nr.

!.....!.....!.....

Lebenspartnerin bzw. Lebenspartner Name Vorname AHV-Nr.

!.....!.....!.....

Gemeinsamer Haushalt Datum des Beginns des gemeinsamen Haushaltes

!.....

Strasse, PLZ und Ort

!.....

Bestätigung Lebenspartnerschaft Die unterzeichneten Personen bestätigen das Vorliegen einer Lebenspartnerschaft.

Bestätigung versicherte Person	Die versicherte Person bestätigt, dass sie mindestens die Hälfte der Kosten des gemeinsamen Haushaltes trägt oder mit ihrer Lebenspartnerin bzw. ihrem Lebenspartner ein oder mehrere gemeinsame Kinder hat.	Die versicherte Person bestätigt, dass sie mit ihrer Lebenspartnerin bzw. ihrem Lebenspartner nicht verwandt ist.
---------------------------------------	--	---

Hinweise Begünstigung

Die versicherte Person nimmt zur Kenntnis, dass im Falle ihres Todes die Lebenspartnerin bzw. der Lebenspartner entsprechend der allgemeinen, reglementarischen Ordnung begünstigt wird. Dies setzt voraus, dass eine Lebenspartnerrente versichert ist und eine anspruchsbegründende Lebenspartnerschaft gemäss Reglement vorliegt (siehe nebenstehend).

Laut der allgemeinen Begünstigungsordnung ist die Lebenspartnerin bzw. der Lebenspartner insbesondere vor eigenen, unterstützungsbedürftigen Kindern anspruchsberechtigt.

Die versicherte Person weiss, dass sie nach den reglementarischen Bestimmungen durch Mitteilung an die Stiftung eine spezielle Begünstigungsordnung festlegen kann.

Anspruchsbegründende Lebenspartnerschaft

Diese liegt vor, wenn im Zeitpunkt des Todes

- beide Lebenspartner unverheiratet und nicht miteinander verwandt sind und
- sie seit 5 Jahren in einem gemeinsamen Haushalt lebten und
- der hinterbliebene Lebenspartner für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kinder aufkommen muss oder die versicherte Person während der letzten 5 Jahre bis zu ihrem Tode mindestens die Hälfte der Kosten des gemeinsamen Haushaltes getragen hat.

Eine anspruchsbegründende Lebenspartnerschaft ist auch unter gleichgeschlechtlichen Personen möglich.

Datum	Unterschrift Lebenspartnerin bzw. Lebenspartner	Unterschrift versicherte Person
-------	---	---------------------------------

!.....!.....!.....

Senden an PANVICApus Vorsorgestiftung
 Talstrasse 7
 Postfach 514
 3053 Münchenbuchsee