

Formular zur Bestätigung einer Lebensgemeinschaft

Personendaten des Versicherten / Rentenbezüger:

Nachname: Vorname:

Geburtsdatum: AHV Nr.:

Zivilstand: Ledig Geschieden Verwitwet Aufgelöste Partnerschaft

Personendaten des/r Lebenspartners/in:

Nachname: Vorname:

Geburtsdatum: AHV Nr.:

Zivilstand: Ledig Geschieden Verwitwet Aufgelöste Partnerschaft

Adresse des gemeinsamen Haushalts:

Straße Haus-Nr. / PLZ / Ort:

1. Der Zweck dieses Formulars besteht darin, den Anspruch von nicht verheirateten Lebenspartnern auf eine Lebenspartnerrente im Falle des Ablebens des Versicherten / Rentenbezüger zu gewährleisten.
2. Die Vertragsparteien erklären ausdrücklich, die Bestimmungen des Vorsorgereglements der Fondazione di Previdenza EFG SA im Hinblick auf die dem Lebenspartner zustehenden Leistungen zur Kenntnis genommen zu haben und die einschlägigen Bedingungen zu akzeptieren. Zum Zeitpunkt des Ablebens kommt das zu jenem Datum geltende Reglement zur Anwendung.
3. Die Lebensgemeinschaft im Sinne dieser Bestimmung ist ein der Ehe entsprechender gemeinschaftlicher Haushalt von nicht verheirateten, nicht miteinander verwandten Personen, deren Gemeinschaft nicht auf Grundlage des Partnerschaftsgesetzes registriert worden ist. Die Vertragsparteien bestätigen einstimmig, weder verheiratet noch gemäß Art. 95 ZGB verwandt zu sein, seit (Datum) ununterbrochen in einem gemeinsamen Haushalt zu wohnen und einander Beistand zu leisten.
4. Dieses Formular ist innert 60 Tagen ab dem Todestag des Versicherten / Rentenbezüger einzureichen. Der berechtigte Lebenspartner muss mit den erforderlichen Unterlagen nachweisen, dass die Voraussetzungen des Reglements für die Auszahlung der Leistungen erfüllt sind. Die Verwaltung der Fondazione EFG hat das Recht, die zum Zeitpunkt des Ablebens des Versicherten / Rentenbezüger herrschenden Beziehungen zum Zwecke der Feststellung des Leistungsanspruchs zu prüfen.
5. **Dieses Formular ändert auch den reglementarischen Anspruch des aktiven Versicherten auf ein allfälliges Todesfall-Kapital.** Wird eine Änderung der Rangordnung der Bezugsberechtigten für das Todesfallkapital gewünscht, ist zusätzlich das "Bezugsberechtigungsformular" einzureichen.

Ort, Datum:

Unterschrift des Lebenspartners:

Unterschrift des Versicherten /
Rentenbezüger:

Beglaubigung der Unterschriften:

Ort, Datum: Stempel und Unterschrift: