

Bestätigung Lebenspartnerschaft, Konkubinat

zuhanden der Pensionskasse Coiffure & Esthétique

Personalien

Versicherte Person

Name, Vorname: _____

AHV-Nummer: _____ Geburtsdatum: _____

Lebenspartner / Lebenspartnerin

Name, Vorname: _____

AHV-Nummer: _____ Geburtsdatum: _____

Gemeinsamer Haushalt

Strasse, Nr.: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Beginn des gemeinsamen Haushalts: _____

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 zum Zeitpunkt des Todes eine Lebenspartnerrente versichert ist und eine anspruchsbegründende Lebenspartnerschaft gemäss Reglement vorliegt.

Voraussetzungen für anspruchsbegründende Lebenspartnerschaft

Beide Lebenspartner sind im Zeitpunkt des Todes der versicherten Person unverheiratet, nicht eingetragene Partner und nicht miteinander verwandt und

- der hinterbliebene Lebenspartner ist älter als 45 Jahre und die Partner lebten in den letzten fünf Jahren ununterbrochen im gleichen Haushalt oder
- der hinterbliebene Lebenspartner kommt für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kinder auf.

Kein Anspruch auf eine Lebenspartnerrente besteht, wenn der überlebende Lebenspartner bereits eine Ehegatten- oder eine Lebenspartnerrente einer in- oder ausländischen Vorsorgeeinrichtung bezieht.

Bestätigung versicherte Person

Die versicherte Person bestätigt, dass

- beide Lebenspartner unverheiratet, nicht eingetragene Partner und nicht miteinander verwandt sind und
- sie in einem gemeinsamen Haushalt leben und
- sie eine Lebensgemeinschaft führen.

Unterschriften

Die unterzeichnenden Personen bestätigen das Vorliegen einer Lebenspartnerschaft. Sie anerkennen, dass die Voraussetzungen für eine anspruchsbegründende Lebenspartnerschaft im Leistungsfall erfüllt sein müssen und entsprechend geprüft werden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift der versicherten Person: _____

Unterschrift Lebenspartnerin / Lebenspartner: _____

Einsenden an:

Pensionskasse Coiffure & Esthétique
c/o AHV-Kasse Coiffure & Esthétique
Wytenbachstrasse 24
Postfach
3000 Bern 22