



Lebenspartnerschaft – Mitteilung

Gemäss Ziffer 3.1.3 des Vorsorgereglements gelten als Lebenspartner – auch unter Personen gleichen Geschlechts – Personen, welche im Zeitpunkt des Todes der versicherten Person

- unverheiratet waren und nicht gemäss PartG in einer eingetragenen Partnerschaft lebten,
- nicht im Sinne von Art. 95 ZGB miteinander verwandt waren,
- in den letzten fünf Jahren vor dem Tod nachweislich in einer Lebensgemeinschaft, d.h. einem gemeinsamen Haushalt in einer eheähnlichen Zweierbeziehung gelebt haben oder der hinterbliebene Lebenspartner für den Unterhalt mindestens eines gemeinsamen, im Sinne der AHV / IV rentenberechtigten Kindes aufgewachsen ist.

Angaben zur versicherten Person

Name _____ Vorname _____
 AHV Nr. (13-stellig) _____ Geb. Datum _____

Personalien seines Lebenspartners

Name _____ Vorname _____
 AHV Nr. (13-stellig) _____ Geb. Datum _____

Adresse des gemeinsamen Haushalts

Strasse, Nr. _____
 PLZ, Ort _____

Bestätigung der Lebenspartnerschaft

Sie und Ihr Lebenspartner bestätigen hiermit das Vorliegen einer Partnerschaft im Sinne des Vorsorgereglements. Sie erklären, unverheiratet und nicht miteinander verwandt zu sein. Zusätzlich bestätigen Sie Folgendes (bitte ankreuzen):

- Wir leben in einem gemeinsamen Haushalt in einer eheähnlichen Zweierbeziehung.
- Wir leben in einem gemeinsamen Haushalt und der Partner muss im Falle des Todes der versicherten Person für den Unterhalt mindestens eines gemeinsamen, im Sinne der AHV / IV rentenberechtigten Kindes aufkommen.

Hinweis

Massgebend für eine allfällige Auszahlung sind in jedem Fall die Verhältnisse zum Todeszeitpunkt. Die Beweislast liegt bei derjenigen Person, welche eine Hinterlassenenleistung für sich beansprucht. Diese Mitteilung ersetzt alle bisherigen und gilt bis zum schriftlichen Widerruf durch die versicherte Person. Sobald wir dieses Formular erhalten haben, bestätigen wir Ihnen den Eingang Ihrer Mitteilung. Bitte informieren Sie Ihren Partner über die Begünstigung, da er seinen Anspruch im Todesfall anmelden muss.

Ort, Datum _____	Unterschrift der versicherten Person _____
Ort, Datum _____	Unterschrift Ihres Lebenspartners _____

Formular einsenden an: Agrisano Prevos, Laurstrasse 10, 5201 Brugg

