

## Konkubinaterklärung/Unterstützungsvertrag

**Arbeitgeber**  **Vertrags-Nr.**

### Versicherte Person

Herr  Frau

Name  Vorname

Adresse  PLZ, Ort

Zivilstand  Vers.-Nr.

falls verheiratet, Name Ehepartner/in

Diese Erklärung/dieser Vertrag wird vereinbart zwischen:

Versicherte Person  Geburtsdatum

und

Begünstigte Person  Geburtsdatum

Zivilstand

In welchem Verhältnis steht die «Versicherte Person» zur «Begünstigten Person»?

Lebenspartner/in  andere, natürliche Person Bezeichnung

mit gemeinsamer Haushaltung (Adresse angeben) seit wann

mit getrennter Haushaltung (keine Adresse nötig)

Adresse  PLZ, Ort

Wird/wurde die «Begünstigte Person» von der «Versicherten Person»  
in erheblichem Masse unterstützt (Kostenanteil von mind. 50%)?  Ja  Nein

Diese Konkubinaterklärung/dieser Unterstützungsvertrag kann zu Lebzeiten, muss jedoch spätestens innert dreier Monate nach dem Tod der versicherten Person, der pensionskasse pro eingereicht werden.

Ort, Datum  Begünstigte Person

Ort, Datum  Versicherte Person

Vertragskopie hinterlegt bei: (z.B: Anwalt, Verwandte, Freunde, Bank, Personaldossier beim Arbeitgeber)