

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)