

Vereinbarung Lebenspartnerschaft gemäss Reglement

Versicherte Person

| | | | |
|---------------|-------|-----------|-------|
| Name | _____ | Vorname | _____ |
| Geburtsdatum | _____ | SV-Nr. | _____ |
| Strasse / Nr. | _____ | PLZ / Ort | _____ |
| Telefon | _____ | E-Mail | _____ |
| Zivilstand | _____ | | |

Lebenspartner/in

| | | | |
|---------------|-------|-----------|-------|
| Name | _____ | Vorname | _____ |
| Geburtsdatum | _____ | SV-Nr. | _____ |
| Strasse / Nr. | _____ | PLZ / Ort | _____ |

1. Die versicherte Person ist bei der AVENIRPLUS Sammelstiftung versichert.
2. Die Parteien schliessen die vorliegende Vereinbarung im Hinblick auf die Bestimmungen des Reglements der AVENIRPLUS Sammelstiftung ab, wonach beim Tode einer unverheirateten versicherten Person, dem Lebenspartner oder der Lebenspartnerin unter gewissen Voraussetzungen Ansprüche gegenüber der AVENIRPLUS Sammelstiftung zustehen.
3. In diesem Sinne halten die Parteien übereinstimmend fest, dass sie als Lebenspartner/in seit _____ einen gemeinsamen Haushalt (Lebensgemeinschaft) führen und seit jenem Datum ohne Unterbruch zusammen wohnen und leben. Das Zusammenleben ist im Ereigniszeitpunkt durch Bescheinigungen bis spätestens drei Monate nach dem Tod der versicherten Person zu belegen.
4. Die Parteien bestätigen ferner, dass sie die Anspruchsvoraussetzungen des Vorsorgereglements für den Bezug einer Leistung zur Kenntnis genommen haben. Im Leistungsfall ist die AVENIRPLUS Sammelstiftung befugt, die Anspruchsberechtigung aufgrund der dazumaligen tatsächlichen Verhältnisse und des in diesem Zeitpunkt gültigen Vorsorgereglements zu prüfen. Der Nachweis für den Bezug einer Leistung obliegt dem/der Lebenspartner/in.
5. Die versicherte Person hat jede Änderung unverzüglich anzuzeigen.

Ort und Datum _____

Unterschrift versicherte Person _____

Unterschrift Lebenspartner/in _____