

Anmeldung auf Lebenspartnerrente

* Pflichtfelder

Anrede*	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau		
Vorname*	<input type="text"/>	Name*	<input type="text"/>
Adresse*	<input type="text"/>	Heimatort	<input type="text"/>
PLZ*	<input type="text"/>	Ort*	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Zivilstand	<input type="text"/>

Anrede*	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau		
Vorname*	<input type="text"/>	Name*	<input type="text"/>
Adresse*	<input type="text"/>	Heimatort	<input type="text"/>
PLZ*	<input type="text"/>	Ort*	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Zivilstand	<input type="text"/>

Gemäss Art. 14 des Vorsorgereglements bestätigt die/der Versicherte, dass sie/er zum Zeitpunkt der Unterzeichnung der vorliegenden Erklärung mit der/dem Begünstigten eine Lebensgemeinschaft im gemeinsamen Haushalt mit gleichen Wohnsitz führt.

Der Anspruch auf Auszahlung der Lebenspartnerrente fällt dahin, wenn die Lebensgemeinschaft nicht bis zum Tode des Lebenspartners andauert.

Bitte ausdrucken und unterzeichnet senden.

Datum*	<input type="text"/>	Unterschrift des/der Versicherten*	<input type="text"/>
Datum*	<input type="text"/>	Unterschrift des/der Begünstigten*	<input type="text"/>