

ARBEITGEBER:

VERSICHERTE PERSON

Name: AHV-Nr:
Vorname: Geburtsdatum:/...../.....
Privatadresse:

KONKUBINATSPARTNER/IN DER VERSICHERTEN PERSON

Name:
Vorname: Geburtsdatum:/...../.....

ERKLÄRUNG

1. Die Parteien unterzeichnen diese Erklärung unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Vorsorgereglements, wonach der/die Konkubinatspartner/in der versicherten Person unter bestimmten Umständen der Vorsorgeeinrichtung gegenüber Rechte hat.
2. Die Parteien kennen die diesbezüglichen Bestimmungen des Vorsorgereglements und akzeptieren sie ausdrücklich.
3. Die Parteien bestätigen, dass der/die Konkubinatspartner/in der oben angegebenen versicherten Person keine Ehegatten- oder Konkubinarsrente einer anderen schweizerischen oder ausländischen Vorsorgeeinrichtung bezieht.
4. Die Parteien bestätigen, dass sie weder miteinander noch mit Dritten verheiratet oder durch eine eingetragene Partnerschaft verbunden sind.
5. Die Parteien bestätigen, dass sie in keinem Verwandtschaftsgrad zueinander stehen, der in der Schweiz ein Ehehindernis darstellt (Art. 95 Abs. 1 und 2 ZGB).
6. Die Parteien erklären, dass sie handlungsfähig sind.
7. Die versicherte Person und ihr/e Konkubinatspartner/in erklären:
 seit dem / / ohne Unterbrechung unter demselben Dach in eheähnlicher Gemeinschaft mit gemeinsamem Haushalt zu leben. (Das Konkubinat wird von der Vorsorgeeinrichtung nach fünfjährigem Zusammenleben als solches anerkannt.)
ODER
 eine Lebensgemeinschaft zu bilden und für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kinder aufkommen zu müssen, die Anrecht auf eine Waisenrente haben.
Name(n) und Vorname(n) des Kindes/der Kinder:
.....
.....
8. Die versicherte Person verpflichtet sich, diese Konkubinaterklärung bei ihrer Vorsorgeeinrichtung zu hinterlegen und dieser jede Änderung der oben beschriebenen Lebensgemeinschaft mitzuteilen. Die Reglementsbestimmungen legen die Rechte des/der Konkubinatspartners/Konkubinatspartnerin bei Beginn des Leistungsanspruchs fest.
9. Die Vorsorgeeinrichtung behält sich das Recht vor, alle Unterlagen zu verlangen, die für die Feststellung des Bestehens eines Konkubinats erforderlich sind. Falls die verlangten Unterlagen nicht vorgelegt werden, kann sich die Vorsorgeeinrichtung weigern, die im Reglement vorgesehenen Leistungen auszuführen.

Ort und Datum:

Unterschrift der versicherten Person

Unterschrift des/der
Konkubinatspartners/Konkubinatspartnerin
der versicherten Person

.....

.....

BITTE ZURÜCK AN:

AVENA Fondation BCV 2^e pilier
c/o Banque Cantonale Vaudoise
Case postale 300
1001 Lausanne