

Berufliche Vorsorge

Erklärung Partnerrente für den Konkubinatspartner

01/2025

Versicherter (bzw. Rentenbezüger)

AHV-Nummer Geburtsdatum

Name Vorname

Geschlecht Zivilstand

Arbeitgeber Kundennummer

Konkubinatspartner

AHV-Nummer Geburtsdatum

Name Vorname

Geschlecht Zivilstand

Lebensgemeinschaft

Strasse, Nr. PLZ, Ort

Beginn der Lebensgemeinschaft mit gemeinsamem Haushalt

Anspruch auf eine Partnerrente

Der Konkubinatspartner wird als hinterlassener Partner anerkannt, wenn folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sind:

- weder der Konkubinatspartner noch der Versicherte bzw. der Rentenbezüger sind verheiratet oder führen eine eingetragene Partnerschaft im Sinne des Partnerschaftsgesetz (PartG),
- es besteht kein Verwandtschaftsverhältnis,
- vor dem Tod wurde eine ununterbrochene Lebensgemeinschaft mit gemeinsamem Haushalt während mindestens fünf Jahren geführt. Die Lebensgemeinschaft mit gemeinsamem Haushalt muss nicht fünf Jahre gedauert haben, wenn der Konkubinatspartner für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kinder aufkommt,
- die vorliegende Erklärung wurde vom Versicherten bzw. Rentenbezüger und dem Konkubinatspartner unterzeichnet und der Vorsorgestiftung vor dem Tod des Versicherten bzw. Rentenbezüger zugestellt. Die Unterschriften sind von einem Notar beglaubigen oder von der Bank oder der Einwohnerkontrolle bestätigen zu lassen.
- der Konkubinatspartner bezieht keine Witwen- oder Witwerrente einer anderen Vorsorgeeinrichtung im Zusammenhang mit einer früheren Lebensgemeinschaft oder Ehe.

Die Vorsorgeeinrichtung prüft den Anspruch auf Leistungen erst nach dem Tod des Versicherten oder des Rentenbezügers. Alle Anspruchsvoraussetzungen müssen im Zeitpunkt des Todes erfüllt sein und sind vom Konkubinatspartner zu belegen.

Stirbt der Versicherte und wird eine Partnerrente fällig, besteht kein Anspruch auf ein Todesfallkapital.

Bestätigung

Der Versicherte bzw. Rentenbezüger bestätigt, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Er teilt der Vorsorgestiftung die Auflösung der Lebensgemeinschaft unverzüglich mit.

Unterschrift

Ort, Datum, Unterschrift Versicherter / Rentenbezüger

Ort, Datum, Unterschrift Konkubinatspartner

Beglaubigung/Bestätigung beider Unterschriften

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift der zu bestätigenden Einrichtung oder Behörde.

Bitte vollständig ausgefüllt, datiert und unterschrieben zustellen an: HOTELA Vorsorgestiftung