

Versicherte Person

Name	Versicherungs-Nr.
Vorname	Geburtsdatum
Strasse	Sozialversicherungs-Nr.
PLZ	Ort

Zu Gunsten des Lebenspartners der versicherten Person



1. Die Parteien haben Art. 56, 62 und 63 des Vorsorgereglements zur Kenntnis genommen.
2. Die Parteien bestätigen, seit _____ einen gemeinsamen Haushalt zu führen und seit jenem Datum ohne Unterbruch zusammen zu leben.
3. Die Parteien bestätigen, dass während der Dauer der Lebenspartnerschaft sowohl die Lebenspartnerin oder der Lebenspartner als auch die versicherte Person ledig, geschieden, verwitwet oder unverheiratet sind, keine eingetragene Partnerschaft und zwischen ihnen keine Verwandtschaft besteht.
4. Die Parteien nehmen zur Kenntnis, dass die Pensionskasse Post die endgültige Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen für eine Rente erst im Leistungsfall vornimmt (Der Nachweis des Zusammenlebens kann durch den Vermieter oder die Einwohnerkontrolle erbracht werden).
5. Die Parteien verpflichten sich, der Pensionskasse Post unverzüglich jede Änderung zu melden.
6. Änderungen des Vorsorgereglements bleiben vorbehalten.

Lebenspartner/in der versicherten Person

Name	
Vorname	Geburtsdatum
Strasse	Sozialversicherungs-Nr.
PLZ	Ort

Versicherte Person:

Lebenspartner/in der versicherten Person

Ort, Datum	 Unterschrift	Ort, Datum	 Unterschrift
------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

für Rückfragen bitte angeben:

E-Mail	Telefon
--------	---------

Bitte das Formular gut leserlich, vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden. Danke!