

Mitteilung Lebenspartnerschaft (Konkubinats)

Die männliche umfasst jeweils auch die weibliche Form sowie die Einzahl die Mehrzahl. Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen. Sämtliche Angaben sind obligatorisch. Streichungen oder Korrekturflüssigkeiten sind unzulässig.

Der unterzeichnete Vorsorgenehmer teilt eine Lebenspartnerschaft (Konkubinats) mit.

Personalien

Konto Nr. _____
 Frau Herr

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Strasse _____

PLZ, Ort _____

Telefon 1 _____

Telefon 2 _____

E-Mail-Adresse _____

Nationalität/en _____

AHV-Nr. _____

Zivilstand

ledig

geschieden seit (Datum) _____

in aufgelöster eingetragener Partnerschaft seit (Datum) _____

verwitwet von Ehepartner / eingetragenen Partner seit (Datum) _____

verheiratet / in eingetragener Partnerschaft (Bitte Untenstehendes ausfüllen.)

• Datum der Eheschliessung / Eintragung der Partnerschaft _____

• Name und Vorname Ehepartner / eingetragener Partner _____

• Geburtsdatum Ehepartner / eingetragener Partner _____

• Geschlecht Ehepartner / eingetragener Partner

weiblich männlich

Angaben zur Lebenspartnerschaft (Konkubinat)

Eine Lebenspartnerschaft bzw. ein Lebenspartner wird aufgrund der gesetzlichen und reglementarischen Bestimmungen beim Tod des Vorsorgenehmers berücksichtigt,

- wenn der Vorsorgenehmer mit dem Lebenspartner ein gefestigtes Konkubinat eingegangen ist und
- wenn der Vorsorgenehmer bis zu seinem Tod fünf Jahre ununterbrochen in einem gemeinsamen Haushalt mit dem Lebenspartner gelebt hat.

Datum der Gründung des gemeinsamen Haushalts _____

Name und Vorname Lebenspartner _____

Geburtsdatum Lebenspartner _____

Geschlecht Lebenspartner

weiblich männlich

Der Vorsorgenehmer bestätigt die Richtigkeit der obigen Angaben. Bei einem Wechsel der Vorsorgeeinrichtung muss die Mitteilung einer Lebenspartnerschaft erneut erfolgen. Der Vorsorgenehmer nimmt zur Kenntnis, dass die definitive Beurteilung erst nach dem Tod und unter Beachtung der gesetzlichen und reglementarischen Vorschriften erfolgen kann. **Es gilt Schweizer Recht. Gerichtsstand und Erfüllungsort ist Basel.**

Datum

Unterschrift Vorsorgenehmer

Bitte einsenden an: Terzo Vorsorgestiftung der WIR Bank, Postfach, 4002 Basel

Wird durch die Stiftung ausgefüllt:

Eintragen und bestätigen. Visum: _____

Datum: _____