



Pensionskasse des SAV
Postfach 6124
Rue Pedro-Meylan 7
1211 Genf 6

Tel. : 058 255 30 80
Fax : 058 255 30 89
info@pksav.ch
www.pksav.ch

Arbeitgeber-Nr :

Versicherten-Nr :

BEZEICHNUNG EINES LEBENSPARTNERS

ARTIKEL DES VORSORGEREGLEMENTS

Falls Sie wünschen, dass Ihr Partner die Partnerrente beziehen kann, ist es notwendig, dass die Bedingungen des Artikel 43 des geltenden Vorsorgereglements erfüllt werden.

Die Bezeichnung eines Lebenspartners kann in folgender Form erfolgen (siehe Artikel 43 Absatz 4) :

- Einseitige Erklärung mit beglaubigter Unterschrift (z.B. vorliegendes Formular);
- Abgeschlossener Vertrag zwischen den Lebenspartnern mit beglaubigter Unterschrift;
- Öffentlich beurkundeter Vertrag (dies bedeutet durch einen Notar beglaubigt);
- Offizieller Partnerschaftsvertrag im Sinne des französischen PACS (pact civil de solidarité).

Diese Dokumente müssen sorgfältig aufbewahrt und bei einem Leistungsanspruch vom bezeichneten Lebenspartner (spätestens 3 Monate nach dem Tod des Versicherten, Artikel 43 Absatz 5) der Pensionskasse vorgelegt werden.

VERSICHERTE(R)

Frau Herr

Name Vorname _____ Strasse, Nr. _____

Geburtsdatum _____ PLZ / Ort _____

BEGÜNSTIGTE(R)

Ich bezeichne die folgende Person zur Begünstigung der Partnerrente:

Name Vorname _____

Geburtsdatum _____

WICHTIGE INFORMATION

Wir weisen Sie darauf hin, selbst wenn die Bezeichnung existiert, dass es darüber hinaus erforderlich ist den Artikel 43 Absatz 3 zu berücksichtigen:

Die Antrag stellende Person hat den Beweis dafür zu erbringen, dass sie die Bedingungen gemäss Artikel 43 Absatz 1 und 2 erfüllt. Als Nachweise gelten insbesondere:

- für die Bedingungen der Buchstaben a und b des Artikel 43 Absatz 2: Zivilstandsurkunden der beiden Lebenspartner;
- für die Lebensgemeinschaft: Wohnsitzbescheinigung;
- für die Existenz eines gemeinsamen Kindes: Zivilstandsurkunde des Kindes;
- für den Unterhalt des Kindes: Bescheinigung des Jugendamtes.

Die Unterschrift des Versicherten muss durch eine zuständige Behörde beglaubigt werden. Ansonsten ist dieses Dokument ungültig.

Ort und Datum _____ Unterschrift des Versicherten _____