



ptv cpat

Pensionskasse der  
Technischen Verbände  
SIA STV BSA FSAI USIC

Postfach 1023  
3000 Bern 14

Caisse de Prévoyance  
des Associations Techniques  
SIA UTS FAS FSAI USIC

T 031 380 79 60  
F 031 380 79 43

info@ptv.ch  
www.ptv.ch

## Anmeldung LebenspartnerIn

für eine Rente gemäss  
Artikel 32 des Versicherungsreglements

### Versicherte Person:

Mitglied Nr. \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Im Falle meines Todes begünstige ich meine Lebenspartnerin/meinen Lebenspartner:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_

Beginn des Zusammenlebens: \_\_\_\_\_

Datum der schriftlichen Vereinbarung über die gegenseitige Unterstützungspflicht: \_\_\_\_\_

(Das Vorhandensein einer Vereinbarung ist für die Zusprache einer Lebenspartnerrente zwingend)

Haben Sie gemeinsame Kinder? Ja  Nein

Namen der Kinder: \_\_\_\_\_

Geburtsdaten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Erklärung:

Hiermit widerrufe ich alle bisherigen Begünstigungen und nehme zur Kenntnis, dass die persönlichen Verhältnisse bei Eintritt des Leistungsfalls für die Beurteilung des Anspruches auf eine Lebenspartnerrente massgebend sind.

Ort/Datum

Unterschrift versicherte Person

\_\_\_\_\_



ptv cpat

Pensionskasse der  
Technischen Verbände  
SIA STV BSA FSAI USIC

Postfach 1023  
3000 Bern 14

Caisse de Prévoyance  
des Associations Techniques  
SIA UTS FAS FSAI USIC

T 031 380 79 60  
F 031 380 79 43

info@ptv.ch  
www.ptv.ch

## Vereinbarung über die gegenseitige Unterstützungspflicht

gemäss Artikel 32 Absatz 1  
des Versicherungsreglements

zwischen

**Versicherte Person:**

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

**Mitglied Nr.** \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

und

**Begünstigte Person:**

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

1. Die beiden Partner leben seit \_\_\_\_\_ (Datum) in einer gemeinsamen Wohnung zusammen.
2. Die beiden Partner verpflichten sich, sich gegenseitig zu unterstützen.
3. Die Kündigung der Wohn- und Lebensgemeinschaft kann von beiden Seiten jederzeit erfolgen.

Ort/Datum

\_\_\_\_\_

Unterschriften

\_\_\_\_\_  
versicherte Person

\_\_\_\_\_  
begünstigte Person

**Hinweis:**

Bei dieser Vereinbarung handelt es sich nur um eine absolute Minimallösung mit Blick auf die Lebenspartnerrente gemäss Artikel 32 Absatz 1 des Versicherungsreglements. Selbstverständlich steht es den Betroffenen frei, das Zusammenleben detaillierter in einer anderen Vereinbarung zu regeln. Die Unterstützungspflicht ist jedoch mindestens im genannten Umfang zu gewährleisten.