

# Anmeldung einer Lebensgemeinschaft



CIEPP

Caisse Inter-Entreprises  
de Prévoyance Professionnelle

ZKBV - Zwischenbetriebliche Kasse für Berufliche Vorsorge  
CIPP - Cassa Interaziendale di Previdenza Professionale

## PERSÖNLICHE DATEN DER VERSICHERTEN PERSON

|                        |                                                                   |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Name:</b>           | <b>Vorname:</b>                                                   |
| Versicherten Nr.: 756. | Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ):                                        |
| Strasse, Nr.:          | PLZ, Ort:                                                         |
| Tel.-Nr.:              | E-mail:                                                           |
|                        | Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w |
|                        | Land:                                                             |

## PERSÖNLICHE DATEN DER/DES LEBENSPARTNER

|                        |                                                                   |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Name:</b>           | <b>Vorname:</b>                                                   |
| Versicherten Nr.: 756. | Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ):                                        |
| Strasse, Nr.:          | PLZ, Ort:                                                         |
| Tel.-Nr.:              | E-mail:                                                           |
|                        | Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w |
|                        | Land:                                                             |
| Vorsorgeeinrichtung:   |                                                                   |

## LEBENSGEMEINSCHAFT

|                                                                                                        |                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Lebensgemeinschaft seit dem (TT/MM/JJJJ):                                                              | Gemeinsamer Wohnsitz seit dem (TT/MM/JJJJ): |
| Gemeinsame(s) zu unterstützende(s) Kind(er): <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |                                             |
| Name(n), Vorname(n):                                                                                   |                                             |
| Geburtsdat(um/en) (TT/MM/JJJJ):                                                                        |                                             |

### Bestätigung der Lebensgemeinschaft

Die Unterzeichneten bestätigen mit ihrer Unterschrift, dass sie eine Lebensgemeinschaft in einer ausschliesslichen Zweierbeziehung bilden.

Die Unterzeichneten bestätigen zudem, dass sie die diesbezüglichen Bestimmungen des Vorsorgereglements der ZKBV zur Kenntnis genommen haben.

Die Parteien verpflichten sich, die Auflösung der Lebensgemeinschaft der Kasse umgehend schriftlich zu melden.

### Bestätigung der versicherten Person

**Die versicherte Person bestätigt durch ihre Unterschrift:**

- dass sie mit ihrem Partner nicht im Sinne von Artikel 95 ZGB verwandt ist;
- dass beide Partner nicht (untereinander oder mit anderen Personen) durch Heirat, eingetragene Partnerschaft (gemäss PartG) oder gleichgestellten Partnerschaft gemäss Artikel 20a BVG und der geltenden reglementarischen Bestimmungen verbunden sind;
- dass sie am Datum der Unterschrift des vorliegenden Formulars mindestens 5 Jahre\* ununterbrochen in einer Lebensgemeinschaft mit ihrem Partner gelebt hat **oder** dass sie ein oder mehrere gemeinsame Kinder zu unterhalten haben;
- dass sein Partner keine Rente (und keine Kapitalleistung anstelle der Rente) aus der 1. und/oder 2. Schweizer Säule (oder gleichwertige ausländische Leistungen) als Ehegatte oder Partner (gemäss PartG oder gemäss Artikel 20a BVG und den geltenden reglementarischen Bestimmungen) aus einer vorangegangenen Ehe oder Partnerschaft (gemäss PartG oder gemäss Artikel 20a BVG und den geltenden reglementarischen Bestimmungen) erhält.

\* Im Falle einer Dauer der Lebensgemeinschaft unter 5 Jahre, ist eine Voranmeldung jedoch gemäss Artikel 44 Absatz 3 in fine unseres Reglements möglich

**Hinweiss:**

#### Begünstigtenklausel

Die versicherte Person nimmt zur Kenntnis, dass ihr Partner im Todesfall und bei Anerkennung des Status eines gleichgestellten Partners im Sinne des Vorsorgereglements der ZKBV gemäss den allgemeinen reglementarischen Verordnungen anspruchsberechtigt ist.

#### Lebensgemeinschaft, die unter den Partnern eine Anspruchsberechtigung begründet

Die vorliegende Anmeldung eröffnet nicht automatisch einen Anspruch des gleichgestellten Partners auf Leistungen.

Der Anspruch des Partners auf Leistungen entsteht nur unter der Voraussetzung, dass alle diesbezüglichen reglementarischen Bedingungen (insbesondere die von Artikel 44 Absatz 2) **sowohl zum Zeitpunkt der Anmeldung als auch zum Zeitpunkt des Todes** der versicherten Person erfüllt sind.

Die Anmeldung muss zu Lebzeiten der versicherten Person bei der ZKBV eingehen und der überlebende Partner muss **innert sechs Monate ab dem Todesdatum** einen Antrag auf Leistungen stellen.

Die **Prüfung des Anspruchs** auf eventuelle Leistungen im Zusammenhang mit der Lebensgemeinschaft sowie den anderen zu erfüllenden Bedingungen erfolgt erst nach dem Tod der versicherten Person. In diesem Zusammenhang kann die Kasse, wenn sie nicht alle Informationen und Unterlagen erhält, welche verlangt werden, die vorgesehenen reglementarischen Leistungen verweigern.

Ort, Datum:

Unterschrift der versicherten Person:

Unterschrift des Partners:

**Agenturen**

|            |                                 |                 |
|------------|---------------------------------|-----------------|
| Bulle      | Rue Condémine 56                | T 026 919 87 40 |
| Freiburg   | Rue de l'Hôpital 15             | T 026 350 33 79 |
| Neuenburg  | Av. du 1 <sup>er</sup> -Mars 18 | T 032 727 37 00 |
| Porrentruy | Ch. de la Perche 2              | T 032 465 15 80 |

**Verwaltungssitz der Kasse**

Rue de Saint-Jean 67 – Postfach – 1211 Genf 3  
T 058 715 31 11 – ciepp@fer-ge.ch – www.ciepp.ch