

Konkubinaterklärung / Unterstützungsvertrag

Arbeitgeber**Vertrags-Nr.**

Versicherte Person

 Herr Frau

Name

Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Zivilstand

Vers.-Nr.

falls verheiratet, Name Ehepartner / in

Diese Erklärung / dieser Vertrag wird vereinbart zwischen:

Versicherte Person

Geburtsdatum

und

Begünstigte Person

Geburtsdatum

Zivilstand

In welchem Verhältnis steht die «Versicherte Person» zur «Begünstigten Person»?

- Lebenspartner / in andere, natürliche Person Bezeichnung
- mit gemeinsamer Haushaltung (Adresse angeben) seit wann
- mit getrennter Haushaltung (keine Adresse nötig)

Adresse

PLZ, Ort

Wird / wurde die «Begünstigte Person» von der «Versicherten Person»
in erheblichem Masse unterstützt (Kostenanteil von mind. 50%)? Ja Nein

Diese Konkubinaterklärung / dieser Unterstützungsvertrag kann zu Lebzeiten, muss jedoch spätestens innert dreier Monate nach dem Tod der versicherten Person, der Tellico pkFLEX eingereicht werden.

Ort, Datum

Begünstigte Person

Ort, Datum

Versicherte Person

Vertragskopie hinterlegt bei: (z.B: Anwalt, Verwandte, Freunde, Bank, Personaldossier beim Arbeitgeber)