

## Konkubinaterklärung / Unterstützungsvertrag

Portfolio-Nr.

### Vorsorgenehmer / Vorsorgenehmerin

|                                                              |                               |           |                      |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Herr                                | <input type="checkbox"/> Frau |           |                      |
| Name                                                         | <input type="text"/>          | Vorname   | <input type="text"/> |
| Strasse                                                      | <input type="text"/>          | PLZ, Ort  | <input type="text"/> |
| Zivilstand                                                   | <input type="text"/>          | Vers.-Nr. | 756.                 |
| falls verheiratet, Name Ehepartner / in <input type="text"/> |                               |           |                      |

Diese Erklärung / dieser Vertrag wird vereinbart zwischen:

|                     |                      |              |                      |
|---------------------|----------------------|--------------|----------------------|
| Vorsorgenehmer / in | <input type="text"/> | Geburtsdatum | <input type="text"/> |
| und                 |                      |              |                      |
| Begünstigte Person  | <input type="text"/> | Geburtsdatum | <input type="text"/> |
|                     |                      | Zivilstand   | <input type="text"/> |

In welchem Verhältnis steht der «Vorsorgenehmer» zur «Begünstigten Person»?

|                                                                                                                               |                                                    |                             |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lebenspartner / in                                                                                   | <input type="checkbox"/> andere, natürliche Person | Bezeichnung                 | <input type="text"/>          |
| <input type="checkbox"/> mit gemeinsamer Haushaltung (Adresse angeben)                                                        |                                                    | seit wann                   | <input type="text"/>          |
| <input type="checkbox"/> mit getrennter Haushaltung (keine Adresse nötig)                                                     |                                                    |                             |                               |
| Strasse                                                                                                                       | <input type="text"/>                               | PLZ, Ort                    | <input type="text"/>          |
| Wird / wurde die «Begünstigte Person» vom «Vorsorgenehmer»<br>in erheblichem Masse unterstützt (Kostenanteil von mind. 50 %)? |                                                    |                             |                               |
|                                                                                                                               |                                                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Diese Konkubinaterklärung / dieser Unterstützungsvertrag kann zu Lebzeiten, muss jedoch spätestens innert dreier Monate nach dem Tod der versicherten Person, der Tellco Vorsorge 3a eingereicht werden.

|            |                      |                                   |                      |
|------------|----------------------|-----------------------------------|----------------------|
| Ort, Datum | <input type="text"/> | Begünstigte Person                | <input type="text"/> |
| Ort, Datum | <input type="text"/> | Vorsorgenehmer / Vorsorgenehmerin | <input type="text"/> |

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