

## Konkubinatsklärung

*Richtet sich an unverheiratete Personen unterschiedlichen Geschlechts oder an Personen des gleichen Geschlechts, die nicht in einer eingetragenen Partnerschaft leben.*

Mitgliedschafts-Nr. : \_\_\_\_\_ Arbeitgeber / Selbständiger Arzt: \_\_\_\_\_

### Persönliche Daten des/der Versicherten

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Straße Nr. \_\_\_\_\_ PLZ Ort \_\_\_\_\_  
AHV-Nr. \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Zivilstand  ledig  verheiratet  gesetzlich zusammenlebend  geschieden  Witwe(r)  
E-Mail \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

### Persönliche Daten der Person, die mit der versicherten Person im Konkubinat lebt

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
AHV-Nr. \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Zivilstand  ledig  verheiratet  gesetzlich zusammenlebend  geschieden  Witwe(r)

### Erklärung

Die beteiligten Parteien unterzeichnen diese Erklärung unter Berücksichtigung der folgenden Punkte:

1. Kenntnis genommen zu haben von den Bestimmungen des Vorsorgereglements, wonach unter bestimmten Voraussetzungen der/die Konkubinatspartner/in im Todesfall der versicherten Person einen Anspruch gegenüber der AROMED-Stiftung haben kann,
2. Dass keiner der Partner untereinander oder mit einem Dritten verheiratet oder in einer eingetragenen Partnerschaft gebunden ist.
3. Dass zwischen ihnen kein Verwandtschaftsverhältnis besteht, in dem die Ehe im Sinne des schweizerischen Rechts verboten ist (Art. 95 Abs. 1 und 2 ZGB).
4. Die versicherte Person und der/die Konkubinatspartner/in erklären, dass sie:
  - Unter demselben Dach leben und eine eheähnliche Lebensgemeinschaft führen seit dem \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)
  - Eine Lebensgemeinschaft bilden und gleichzeitig für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kinder aufkommen müssen, die Anspruch auf Waisenrenten haben.
5. Jede Änderung der oben beschriebenen Beziehungen schriftlich der AROMED-Stiftung melden.

Diese Meldung begründet nicht automatisch den Leistungsanspruch zugunsten des/der Konkubinatspartners/in. Zum Zeitpunkt des Todes der versicherten Person stellt die AROMED-Stiftung fest, ob die in den Vorsorgebestimmungen festgelegten Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Leistung erfüllt sind. Zu diesem Zweck wurde die gegenseitige Unterstützungspflicht schriftlich festgehalten und der entsprechende gegenseitige Unterstützungsvertrag wird der AROMED-Stiftung spätestens 3 Monate nach dem Tod der versicherten Person vorgelegt.

Ort und Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der versicherten Person \_\_\_\_\_ Unterschrift des/der Konkubinatspartners/in \_\_\_\_\_

