

Meldeformular nicht-eingetragene Partnerschaft (Konkubinats)

Daten der versicherten Person

Vorname: _____ Name: _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: Männlich Weiblich
AHV-Nr. (SVN): 756. _____ Zivilstand: _____
E-Mail: _____ Telefon: _____
Strasse: _____
PLZ, Ort: _____

Daten des nicht-eingetragenen, in einem Haushalt mit der versicherten Person lebenden Partners

Vorname: _____ Name: _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: Männlich Weiblich
AHV-Nr. (SVN): 756. _____ Zivilstand: _____
Strasse: _____
PLZ, Ort: _____

Meldung einer nicht-eingetragenen Partnerschaft

Die obenstehenden Personen erklären,

1. die Bestimmungen des Vorsorgereglements, wonach der/die Konkubinatspartner(in) bei Tod der versicherten Person unter gewissen Bedingungen gegenüber der Landwirtschaftlichen beruflichen Vorsorgestiftung (FRP) Leistungsansprüche geltend machen kann, zur Kenntnis genommen zu haben;
2. dass zwischen ihnen kein Verwandtschaftsverhältnis besteht, das eine Ehe verbietet;
3. dass die versicherte Person und der/die Konkubinatspartner(in) weder miteinander noch mit anderen Personen verheiratet sind oder in einer eingetragenen Partnerschaft leben;
4. dass der/die Konkubinatspartner(in) keine Hinterlassenenleistungen aus einer Ehe oder einer eingetragenen oder nicht-eingetragenen Partnerschaft bezieht;
5. seit dem _____ im gemeinsamen Haushalt zu leben und/oder im gemeinsamen Haushalt zu leben und für eines oder mehrere gemeinsame Kinder unterhaltspflichtig zu sein.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person

Ort und Datum

Unterschrift des nicht-eingetragenen Partners

Bitte übermitteln Sie eine Ausweiskopie der versicherten Person und ihres nicht-eingetragenen Partners.

Beglaubigung der Unterschrift (Details auf Seite 2)

Ort und Datum

Voller Name und Unterschrift der befugten Person

INFORMATIONEN ZUR MELDUNG EINER NICHT-EINGETRAGENEN PARTNERSCHAFT

Allgemeine Informationen

Diese Erklärung muss zu Lebzeiten der versicherten Person vollständig ausgefüllt und unterzeichnet an die Landwirtschaftliche berufliche Vorsorgestiftung (FRP) übermittelt werden. Änderungen sind der FRP schriftlich in Form einer neuen, vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Erklärung mitzuteilen.

Beglaubigung der Unterschrift der versicherten Person

Die versicherte Person muss die Unterschrift auf der Erklärung beglaubigen lassen, damit diese Gültigkeit erhält. Sie kann ihre Unterschrift entweder notariell oder von einem oder einer Mitarbeitenden der FRP am Stiftungssitz beglaubigen lassen.

Voraussetzungen für die Gewährung einer Leistung für den nicht-eingetragenen Partner

Um Anspruch auf eine Rente zu haben, müssen hinterbliebene Partner alle folgenden Bedingungen erfüllen:

- gemeinsamer Haushalt während der letzten fünf Jahre vor dem Tod der versicherten Person oder gemeinsamer Haushalt und gemeinsames Kind
- Beginn des Konkubinats spätestens, wenn die versicherte Person das AHV-Rententalter erreicht
- die Partner sind weder verheiratet noch in einer eingetragenen Partnerschaft
- der hinterbliebene Partner bezieht keine Ehegattenrente

Prüfung des Leistungsanspruchs

Die vorliegende Erklärung berechtigt den nicht-eingetragenen Partner nicht automatisch zum Leistungsbezug. Beim Tod der versicherten Person überprüft die FRP zunächst, ob die Bedingungen des Vorsorgereglements für den Leistungsbezug erfüllt sind. Zu diesem Zweck darf die FRP vom nicht-eingetragenen Partner Dokumente verlangen, die seinen Leistungsanspruch belegen. Werden die entsprechenden Dokumente nicht vorgelegt, ist die FRP berechtigt, die Auszahlung der im Vorsorgereglement vorgesehenen Leistungen zu verweigern.

Konsequenz der Meldung eines nicht-eingetragenen Partners

Indem sie einen **nicht-eingetragenen Partner meldet, verwehrt** die versicherte Person den im Vorsorgereglement genannten Begünstigten, einschliesslich allfälliger **Kinder**, den **Anspruch auf das Altersguthaben**.

Widerruf

Die versicherte Person kann jederzeit einseitig die nicht-eingetragene Partnerschaft bei der Stiftung widerrufen.

Vorrang des Vorsorgereglements

In jedem Fall sind die geltenden reglementarischen Bestimmungen der FRP massgebend.

Dieses Dokument ist korrekt ausgefüllt und unterzeichnet an folgende Adresse zu retournieren:

Landwirtschaftliche berufliche Vorsorgestiftung
Av. des Jordils 1
Postfach 1080
1001 Lausanne