

Anmeldung einer Lebensgemeinschaft

A) PERSÖNLICHE ANGABEN DER VERSICHTEN PERSON

Name : _____ **Vorname :** _____
AHV-NR.: 756. _____ **Geburtsdatum :** _____ Geschlecht m w
Zivilstand : _____

B) PERSÖNLICHE ANGABEN DES/DER LEBENSPARTNER/IN

Name : _____ **Vorname :** _____
AHV-NR.: 756. _____ **Geburtsdatum :** _____ Geschlecht m w
Zivilstand : _____ **Pensionskasse:** _____

LEBENSGEMEINSCHAFT

Aktuelle gemeinsame Adresse :
Strasse : _____ **PLZ Ort :** _____
Land: _____ **Wohnort seit (jj/mm/aaaa) :** _____
Gemeinsame(s) Kind(er) ja nein
Name(s), Vorname(s) : _____
Geburtsdatum/enj/mm/aaaa) : _____

Bestätigung der Lebensgemeinschaft

Die unterzeichneten Personen bestätigen mit ihrer Unterschrift, dass sie eine Lebensgemeinschaft zu zwei bilden.
Die unterzeichneten Personen bestätigen, dass sie vom CAPUVA-Reglement Kenntnis genommen haben . (www.fer-valais-avs.ch)
Die beiden Parteien verpflichten sich, der Kasse unverzüglich das Ende der Lebensgemeinschaft mitzuteilen..

Bestätigung der versicherten Person

Die versicherte Person bestätigt durch ihre Unterschrift :

- Dass sie keine familiäre Beziehung im Sinne von Artikel 99 ? zu Ihrem Partner hat ;
- Dass die beiden Partner weder durch Heirat noch durch eine eingetragene Partnerschaft (untereinander oder mit anderen Personen) verbunden sind.
- Dass sie mit ihrem Partner seit dem Datum ihres gemeinsamen Wohnsitzes eine ununterbrochene Lebensgemeinschaft bildet :

Begünstigtenklausel

Die versicherte Person nimmt zur Kenntnis, dass bei Todesfall und bei Anerkennung des Partners , gemäss CAPUVA-Reglement, diese als Begünstigter registriert ist.

Lebensgemeinschaft (Begründung)

Die gemeldete Mitteilung eröffnet nicht automatisch Anrecht auf Leistungen für den *assimilierten* Partner
Demnach können Leistungen an den Partner nur dann realisiert werden, wenn alle reglementarischen Bedingungen erfüllt sind
Die Mitteilung muss von der versicherten Person zu Lebzeiten und 6 Monate vor dem Tod bei der CAPUVA eingereicht werden, ansonsten werden keine Leistungen erbracht
Der Anspruch auf Leistung für eine Lebensgemeinschaft und die Bedingungen werden erst nach dem Tod versicherten Person überprüft,

Dem Formular beizulegen Kopie der Identitätskarten der unter A + B erwähnten Personen

Datum und Ort: _____

Unterschrift der versicherten Person : _____ Unterschrift der/des Lebenspartner(in) : _____