

## Unterstützungsvertrag

zwischen

### Versicherte Person

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

und

### Lebenspartner/-in (Partei)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

1. Das Mitglied ist bei der Ascaro Vorsorgestiftung versichert.
2. Die Parteien schliessen die vorliegende Vereinbarung ab im Hinblick auf die Bestimmungen des Reglements der Ascaro Vorsorgestiftung, wonach Lebenspartner von Versicherten unter gewissen Voraussetzungen Ansprüche gegenüber der Ascaro Vorsorgestiftung zustehen, sofern die Partnerschaft in der Form eines Unterstützungsvertrages der Verwaltung schriftlich gemeldet worden ist.
3. In diesem Sinne halten die Parteien übereinstimmend fest, dass sie als Lebenspartner seit \_\_\_\_\_ einen gemeinsamen Haushalt führen und seit jenem Datum ohne Unterbruch zusammen wohnen und leben. Das Zusammenleben muss im Ereigniszeitpunkt durch Bescheinigungen belegt werden.

Ort/Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift der versicherten Person\*

\_\_\_\_\_

Ort/Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Lebenspartner/-in\*

\_\_\_\_\_

\*Die Unterschrift muss amtlich beglaubigt sein oder persönlich in den Büroräumen der Stiftung unter Vorlage des Passes oder einer Identitätskarte geleistet werden