



Konkubinaterklärung / Unterstützungsvertrag

Arbeitgeber**Vertrags-Nr.**

Versicherte Person

 Herr FrauName Vorname Strasse PLZ, Ort Zivilstand Vers.-Nr. falls verheiratet, Name Ehepartner / in

Diese Erklärung / dieser Vertrag wird vereinbart zwischen:

Versicherte Person Geburtsdatum

und

Begünstigte Person Geburtsdatum Zivilstand

In welchem Verhältnis steht die «Versicherte Person» zur «Begünstigten Person»?

 Lebenspartner / in andere, natürliche Person Bezeichnung mit gemeinsamer Haushaltung (Adresse angeben) seit wann mit getrennter Haushaltung (keine Adresse nötig)Strasse PLZ, Ort

Wird / wurde die «Begünstigte Person» von der «Versicherten Person»

in erheblichem Masse unterstützt (Kostenanteil von mind. 50%)? Ja Nein

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

Ort, Datum Begünstigte Person Ort, Datum Versicherte Person

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