



Unterstützungsvertrag für Lebenspartnerschaften

Für Versicherte in eheähnlicher Lebensgemeinschaft (= Konkubinats)

zwischen der versicherten Person:

Name	_____	Geburtsdatum	_____
Vorname	_____	Eintrittsdatum	_____
Zivilstand	_____	Geschlecht	_____
Arbeitgeber	_____	AHV-Nr.	_____

und ihrem Lebenspartner bzw. ihrer Lebenspartnerin:

Name	_____	Geburtsdatum	_____
Vorname	_____	Geschlecht	_____
Zivilstand	_____	AHV - Nr.	_____

Der vorliegende Vertrag dient Paaren in eheähnlicher Lebenspartnerschaften dazu, allfällige Ansprüche von Hinterlassenen auf Leistungen, die das Reglement der Pensionskasse Stadt St.Gallen unter bestimmten Voraussetzungen zu Gunsten eines überlebenden Lebenspartners bzw. einer überlebenden Lebenspartnerin einer versicherten oder pensionsberechtigten Person vorsieht, zu wahren.

Die Parteien halten übereinstimmend fest, dass sie an der folgenden Adresse:

Strasse _____

PLZ/Ort _____

seit dem _____ einen gemeinsamen Haushalt führen und seit dem vorgenannten Datum ohne Unterbruch zusammenleben.

Die Parteien verpflichten sich zur gegenseitigen persönlichen und finanziellen Unterstützung für die Dauer der Beziehung mit gemeinsamer Haushaltsführung. Jede Partei kommt nach ihren Kräften für die gemeinsamen Lebenskosten einschliesslich der Kosten des gemeinsamen Haushalts auf.

Im Leistungsfall ist die Pensionskasse Stadt St.Gallen befugt, die Anspruchsberechtigung aufgrund der dannzumal tatsächlich bestehenden Verhältnisse zu prüfen.

Die Parteien haben das Merkblatt „Anspruch auf Lebenspartnerrente“ der Pensionskasse Stadt St.Gallen mit den darin festgelegten Bedingungen zur Kenntnis genommen.

Der Unterstützungsvertrag ist zu Lebzeiten der Parteien bei der Pensionskasse Stadt St.Gallen einzureichen, frühestens aber nach Ablauf von fünf Jahren, in welchen die Parteien in einer nachweisbar ununterbrochenen, ständigen, ungeteilten Wohngemeinschaft an einem festen Wohnort in Lebensgemeinschaft zusammengelebt haben. Änderungen der in diesem Unterstützungsvertrag beschriebenen Verhältnisse sind der Pensionskasse Stadt St.Gallen unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

Ort/Datum	_____	Unterschrift	_____
		versicherte Person	

Ort/Datum	_____	Unterschrift Partner /	_____
		Partnerin	

Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt und unterzeichnet an die Pensionskasse Stadt St.Gallen, Rathaus, 9001 St.Gallen.