



# Unterstützungsvertrag für Lebenspartnerschaften

## Für Versicherte in eheähnlicher Lebensgemeinschaft (= Konkubinat)

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 \_\_\_\_\_ in einer ständigen ungeteilten Wohngemeinschaft an einem festen gemeinsamen amtlichen Wohnsitz in einer Lebensgemeinschaft 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 unverheiratet in einer ständigen ungeteilten Wohngemeinschaft an einem festen gemeinsamen amtlichen Wohnsitz 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.**