

Benennung eines Lebensgefährten im gemeinsamen Haushalt für die Hinterbliebenenrenten im Tarif uniFLEX

Persönliche Angaben

Vor- u. Nachname:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Straße/Hausnr.:	<input type="text"/>	Geburtsname:	<input type="text"/>
PLZ, Ort:	<input type="text"/>	Geschlecht:	m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>
Beruf:	<input type="text"/>	Vertrag-Nr.:	<input type="text"/>
Telefon tagsüber:	<input type="text"/>		
E-Mail:	<input type="text"/>		
Name und Sitz des Arbeitgebers:	<input type="text"/>		

Lebensgefährte/in im gemeinsamen Haushalt

Vor- u. Nachname:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Geburtsname:	<input type="text"/>		
Straße/Hausnr.:	<input type="text"/>		
PLZ, Ort:	<input type="text"/>		

Hiermit bestätige ich, dass die Angaben zur Person richtig sind und ich von der in Aussicht gestellten Hinterbliebenenleistung Kenntnis genommen habe. Voraussetzung für die Kassenleistung ist, dass zum Zeitpunkt des Ablebens des Mitgliedes seit mindestens zwei Jahren eine gemeinsame Haushaltsführung in eheähnlicher Gemeinschaft bestanden hat.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum	Unterschrift Lebensgefährte/in



Da es sich um eine betriebliche Altersversorgung handelt, können laut Betriebsrentengesetz andere als die hier genannten Personen nicht benannt werden. Die Benennung der begünstigten Hinterbliebenen kann auch zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen oder geändert werden. Einzelheiten zur Hinterbliebenenrente sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifs uniFLEX in § 6 geregelt.

Ein Anspruch auf Lebensgefährtenrente besteht nur dann, wenn der Lebensgefährte mindestens 2 Jahre vor dem Ableben des Mitgliedes der Pensionskasse benannt wurde.

Ich versichere, dass vorstehende Angaben vollständig und wahrheitsgetreu gemacht wurden. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben neben etwaigen strafrechtlichen Folgen den Ausschluss aus der Kasse gemäß § 4 Nr. 5 der Satzung und damit den Fortfall jeder Versorgung für mich und meine Angehörigen zur Folge hat.

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers