

VERSICHERTE PERSON

Name, Vorname:

AHV-Nr.:

E-Mail: Telefon:

KONKUBINATSPARTNER(IN)

Name, Vorname:

AHV-Nr.:

Geburtsdatum: Geschlecht: männlich weiblich

BESTÄTIGUNG DER LEBENS-GEMEINSCHAFT

Die versicherte Person und ihr Konkubinatspartner bestätigen durch ihre Unterschriften das Bestehen einer Lebensgemeinschaft ab dem, die einer Ehe oder einer eingetragenen Partnerschaft gleicht.

Ort, Datum: Unterschrift des Versicherten:

Ort, Datum: Unterschrift des Konkubinatspartners: