
Name, Vorname des Versorgungsberechtigten

Datum

Straße

PLZ, Ort

Swiss Life AG
Niederlassung für Deutschland
Berliner Straße 85
80805 München

bAV-Nr. _____ **EV-Nr.** _____
Betriebliche Altersversorgung der Firma _____

Firmierung des Arbeitgebers

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass im Falle meines Todes meine Lebensgefährtin/mein Lebensgefährte

Name, Vorname der Lebensgefährtin/des Lebensgefährten, geb. am

Anschrift

aus meiner individuell eingeschlossenen Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung eine Hinterbliebenenversorgung erhalten soll.

Im Falle einer tariflich eingeschlossenen, allgemeinen Hinterbliebenenversicherung führen fällige Todesfall-Leistungen nur dann zu einer Hinterbliebenenversorgung meiner/s Lebensgefährtin/en, sofern ich zum Zeitpunkt meines Todes

- nicht mit einer anderen Person verheiratet bin oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG) lebe und
- keine Kinder im Sinne des § 32 Abs. 3 und 4 Satz 1 Nr. 1 bis 3 EStG habe.

Ich versichere, dass mit der/dem oben genannten Lebensgefährtin/Lebensgefährten eine gemeinsame Haushaltsführung besteht, die auf Dauer angelegt ist. Wenn sich in der beschriebenen Situation Änderungen ergeben, informiere ich umgehend meinen Arbeitgeber.

Mit freundlichen Grüßen

.....
(Unterschrift)

Kenntnisnahme der Lebensgefährtin/des Lebensgefährten:

Ich habe diese Verfügung meiner Lebensgefährtin/meines Lebensgefährten mit den genannten Leistungsvoraussetzungen zur Kenntnis genommen und bin darüber informiert, dass der versorgungsberechtigte Mitarbeiter die zu meinen Gunsten erfolgte Eintragung zur Hinterbliebenenversorgung widerrufen kann, ohne dass ich darüber informiert werden muss.

.....
(Ort)

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift)

Erklärung des Arbeitgebers:

Wir sind mit dieser Verfügung unseres Mitarbeiters einverstanden:

.....
(Ort)

.....
(Datum)

.....
(Stempel und Unterschrift)