

Partnerrente zu Gunsten des Lebenspartners Beendigung der Lebenspartnerschaft

Betrifft Erklärung vom _____

Versicherte Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

Strasse, PLZ, Ort

Lebenspartner/in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Strasse, PLZ, Ort

Formelles

Die Parteien erklären, dass ihre am _____ geschlossene Lebensgemeinschaft
per _____ aufgelöst ist.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Galenica Pensionskasse

Untermattweg 8 · Postfach · CH-3001 Bern
Telefon +41 58 852 87 00 · Fax +41 58 852 87 01
info@galenica-pk.ch · www.galenica-pk.ch