

Unterstützungsvertrag / Trennung Lebenspartner

zwischen

Versicherte Person _____ AHV-Nr. _____

geboren am _____

Adresse Versicherter _____

und

Ehem. Partner/Partnerin _____ geboren am _____

Adresse ehem. Partner/Partnerin _____

Trennung per _____

Die Parteien haben sich mit Vertrag vom _____ zur gegenseitigen persönlichen und finanziellen Unterstützung für die Dauer der Beziehung mit gemeinsamer Haushaltsführung verpflichtet. Uns wurde mitgeteilt, dass die Partnerschaft nicht mehr besteht.

Ort, Datum _____

Unterschrift
Versicherte Person _____