Partnernummer

Versicherungsscheinnummer

1	1	2	1	.				.				.						

Meldung eines Lebensgefährten / Lebensgefährtin

Öffentliche Oldenburg

Abteilung LBL –

Staugraben 11
26122 Oldenburg

Bitte leiten Sie das Formular ausgefüllt an die **Öffentliche Oldenburg** weiter.

Name des **Arbeitgebers**: _____

Anschrift des **Arbeitgebers**: _____

Die / der namentlich mit Anschrift und Geburtsdatum benannte, mit der versicherten Person bei Tod in Eheähnlicher Gemeinschaft lebende nichteheliche Lebensgefährte / Lebensgefährtin kann aus dieser Versicherung für den Todesfall begünstigt werden. Voraussetzung hierfür ist das Vorliegen einer schriftlichen Erklärung seitens der versicherten Person, dass eine gemeinsame Haushaltsführung besteht/bestand, oder einer schriftlichen Erklärung des begünstigten Lebensgefährten / der begünstigten Lebensgefährtin über die Kenntnisnahme der in Aussicht gestellten Versorgungsleistungen.

Name des **Arbeitnehmers** (versicherter Person): _____

Geburtsdatum des **Arbeitnehmers** (versicherter Person): _____

Anschrift des **Arbeitnehmer**s (versicherter Person): _____

☐ Erstanmeldung ☐ Änderung

Name des / der **Lebensgefährten / -gefährtin**: _____

Geburtsdatum des / der **Lebensgefährten / -gefährtin**: _____

Anschrift des / der **Lebensgefährten / -gefährtin**: _____

Gemeinsame Haushaltsführung? ☐ Ja ☐ Nein

_____ _____
Datum Unterschrift des **Arbeitnehmers** (versicherter Person)

Erklärung des Lebensgefährten / der Lebensgefährtin: Ich habe von den in Aussicht gestellten Versorgungsleistungen Kenntnis erhalten. Mir ist bekannt, dass es sich dabei um ein für die versicherte Person jederzeit widerrufliches Bezugsrecht handelt, dass insbesondere auch nur insoweit berücksichtigt wird, wie die eheähnliche Beziehung vor dem Tode nicht beendet wurde. Das Bezugsrecht wird automatisch widerrufen, wenn eine Rangfolge vereinbart ist und eine in der Rangfolge vorangestellte Person für den Leistungsbezug in Betracht kommt.

Erklärung zum Datenschutz: Mit Unterzeichnung dieser Vereinbarung erklärt sich der Lebensgefährte / die Lebensgefährtin damit einverstanden, dass die hier erhobenen Daten über Ihn/Sie durch die Öffentliche Lebensversicherungsanstalt Oldenburg gespeichert und verarbeitet werden. Die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich zu dem Zweck, die Verpflichtungen der Öffentlichen Lebensversicherungsanstalt Oldenburg aus dieser Versorgungszusage zu erfüllen. Nähere Informationen zum Datenschutz enthält das anliegende Informationsblatt. Für Fragen zum Datenschutz steht der Datenschutzbeauftragte der Öffentlichen Lebensversicherungsanstalt Oldenburg per E-Mail unter datenschutz@oevo.de oder schriftlich unter der Anschrift: Öffentliche Lebensversicherungsanstalt Oldenburg, Staugraben 11, 26122 Oldenburg zur Verfügung.

_____ _____
Datum Unterschrift **Lebensgefährte / -gefährtin**