

Antrag Änderung Aufteilung Todesfallkapital

Versicherte Person

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

AHV-Nr.:

Telefonnummer:

E-Mail Adresse:

Zivilstand:

Reglementarische Bestimmungen

In folgenden Lebensereignissen wird ein Todesfallkapital fällig:

- Todesfall versicherte arbeitnehmende Person
- invalide Person verstirbt vor der Pensionierung
- Altersrentner/-in verstirbt innert 5 Jahren nach der Pensionierung, ohne dass eine Hinterlassenenrente fällig wird.

Die Rangordnung für das Todesfallkapital ist gemäss Vorsorgereglement wie folgt geregelt:

1. der überlebende Ehegatte
2. die Person, die gemäss § 37 als Lebenspartnerin oder Lebenspartner angemeldet wurde und mit der verstorbenen Person vor seinem Tod seit mindestens 5 Jahren denselben amtlichen Wohnsitz hatte
3. die natürlichen Personen, die von der verstorbenen Person in erheblichem Masse unterstützt wurden
4. die Kinder der verstorbenen Person
5. die Eltern der verstorbenen Person
6. die Geschwister der verstorbenen Person

Bei zwei oder mehr Anspruchsberechtigten in einer Anspruchsgruppe erfolgt die Aufteilung zu gleichen Teilen.

Änderungsmöglichkeiten

Die Rangordnung kann nicht geändert werden. Das bedeutet, wenn es beispielsweise einen überlebenden Ehegatten gibt, so ist die Person alleine begünstigt.

Die versicherte Person kann mit diesem Formular innerhalb einer Anspruchsgruppe eine andere Aufteilung vorsehen, wenn nicht eine Aufteilung zu gleichen Teilen erfolgen soll. So kann beispielsweise die Mutter mit 80% des Todesfallkapitals begünstigt werden, und der Vater mit 20%.

Erklärung der versicherten Person

Ich wünsche, dass bei Fehlen der Person von Rangordnung 1 (überlebender Ehegatte) und Rangordnung 2 (angemeldeter Lebenspartner/in), das Todesfallkapital wie folgt an die nachstehenden Personen ausbezahlt wird:

Rang	Vorname/ Name	Geb.datum	Beziehung	Anteil in %
3			Unterstützte Person	
3			Unterstützte Person	
Rang	Vorname/ Name	Geb.datum	Beziehung	Anteil in %
4			Kind	
4			Kind	
4			Kind	
4			Kind	
Rang	Vorname/ Name	Geb.datum	Beziehung	Anteil in %
5			Mutter	
5			Vater	
Rang	Vorname/ Name	Geb.datum	Beziehung	Anteil in %
6			Geschwister	
6			Geschwister	
6			Geschwister	
6			Geschwister	

Der vorliegende Antrag ist zu Lebzeiten im Original der Pensionskassenverwaltung zuzustellen. Anspruchsberechtigte haben ihren Anspruch innert 3 Monaten nach dem Tod der versicherten Person geltend zu machen und den Nachweis zu erbringen. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dieses Formular vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben. Ich bin mir bewusst, dass dieses Dokument alle vorgängig eingereichten Formulare «Änderung Aufteilung Todesfallkapital» ersetzt.

Ort/Datum:

Unterschrift:
