

Begünstigungserklärung Berufliche Vorsorge

Arbeitgeber

Vertrags-Nr.

Sozialversicherungs-Nr.
(AHV-Nr.)

Angaben zur versicherten Person

Vorname

Name

Strasse/Nr.

Zivilstand

ledig verheiratet

PLZ/Ort

in eingetragener Partnerschaft

Geburtsdatum

geschieden verwitwet

Begünstigungsordnung

Die Allgemeinen Reglementsbestimmungen sehen die untenstehende Begünstigungsordnung vor.

Anspruch auf das gemäss Vorsorgeplan versicherte Todesfallkapital, bzw. Beitragsrückgewähr haben:

- a. der überlebende Ehegatte oder die überlebende eingetragene Partnerin, bzw. der überlebende eingetragene Partner,
- b. bei dessen Fehlen: die rentenberechtigten Kinder, zu gleichen Teilen,
- c. bei deren Fehlen: der rentenberechtigte Lebenspartner,
- d. bei dessen Fehlen: natürliche Personen, die von der versicherten Person in erheblichem Masse unterstützt worden sind, oder die Person, die mit dieser in den letzten fünf Jahren bis zu ihrem Tod ununterbrochen eine Lebensgemeinschaft geführt hat oder die für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kinder aufkommen muss, zu gleichen Teilen,
- e. bei deren Fehlen in folgender Reihenfolge: die Kinder gemäss Art. 252 ZGB, welche keinen Anspruch auf eine Waisenrente haben, zu gleichen Teilen oder bei deren Fehlen die Eltern zu gleichen Teilen oder bei deren Fehlen die Geschwister (inkl. Halbgeschwister) zu gleichen Teilen,
- f. bei deren Fehlen: die übrigen gesetzlichen Erben zu gleichen Teilen, unter Ausschluss des Gemeinwesens.
In diesem Falle wird der auszuzahlende Betrag jedoch wie folgt gekürzt:
 - Beitragsrückgewähr: die Hälfte des Altersguthabens, mindestens jedoch die vom Arbeitnehmer finanzierten Beiträge und Einlagen,
 - Todesfallkapital gemäss Vorsorgeplan: die Hälfte.

Begünstigungserklärung

Abweichend davon kann die versicherte Person die Reihenfolge der Buchstaben a., b. und c. sowie innerhalb des Buchstabens e. frei wählen und die Ansprüche der begünstigten Personen innerhalb der Buchstaben b., d., e. und f. näher bezeichnen. Die Erklärung muss der Stiftung zu Lebzeiten der versicherten Person schriftlich zugegangen sein.



.....
Begünstigungsordnung

Ich wünsche folgende Änderung der Begünstigung:

.....
Unterschrift

Die versicherte Person nimmt zur Kenntnis, dass diese Erklärung hinfällig wird, falls sie gesetzlichen oder reglementarischen Bestimmungen widerspricht.

Ort/Datum

**Unterschrift
versicherte Person**

**Vorname/Name
in Blockschrift**

