|  |
| --- |
| Änderung der Begünstigtenordnung(Dieses Formular ist von der versicherten Person auszufüllen, sofern eine Begünstigung gemäss Art. 34, Abs. 2b des Vorsorgereglements erfolgen oder die Reihenfolge der Begünstigung geändert werden soll.) |
| 1. **Versicherte Person**
 |
| Name |       |
| Vorname |       |
| AHV-Nummer |       |
| Geburtsdatum |       |
|  |  |  |
| 1. **Begünstigtenordnung**
 |
| Ich wünsche, dass das bei meinem Ableben fällige Todesfallkapital den anspruchsberechtigten Hinterlassenen im Umfang der nachfolgenden, geänderten Begünstigtenordnung ausgerichtet wird. |
| Ein Todesfallkapital wird folgenden Personen, unabhängig vom Erbrecht, in der unten aufgeführten Reihenfolge ausbezahlt.Innerhalb der einzelnen Gruppen gemäss lit. c. und d. kann festgelegt werden, wer zu welchem Teil Anspruch auf das Todesfallkapital hat. Zudem kann die Reihenfolge der begünstigten Personen geändert werden, die Begünstigtengruppe gemäss lit. a. hinter andere Gruppen stellen oder mit ihnen kombinieren und die begünstigten Personen nach lit. ca., cb. und cc. können zusammengefasst werden. |
| **Rangordnung Anspruchsberech- Anteil tigte Person(en) (in % oder in CHF)** |
| 1. der hinterbliebene Ehegatte / eingetragene Partner derverstorbenen Person
 |
| 1. beim Fehlen von begünstigten Personen gemäss lit. a)die Person, die von der verstorbenen Person vor derenTode in erheblichem Masse unterstützt worden ist, oderdie mit der verstorbenen Person in den letzten fünfJahren bis zum Tod ununterbrochen eine Lebensgemein-schaft geführt hat (gleicher amtlicher Wohnsitz erforder-lich) oder die für den Unterhalt eines oder mehrerergemeinsamer Kinder aufkommen muss siehe Rückseite
 |
| 1. bei Fehlen von begünstigten Personen gemäss lit. a)und b):ca) sämtliche Kinder der verstorbenen Person;                                    bei deren Fehlen

                                    cb) die Eltern; bei deren Fehlen                                                                      cc) die Geschwister.                                                                       |
| 1. bei Fehlen von begünstigten Personen gemäss lit. a), b)und c) die übrigen gesetzlichen Erben unter Ausschlussdes Gemeinwesens im Umfang von der Hälfte desTodesfallkapitals
 |
|  |

|  |
| --- |
| Seite 2 / 2 |
| 1. **Begünstigung gemäss lit. b.**
 |
| **Begünstigte Person:** |
| Name |       |
| Vorname |       |
| AHV-Nummer |       |
| Geburtsdatum |       |
| Zivilstand |       |
| Adresse |       |
|  |       |
|  |
| Die begünstigte Person erfüllt **eine** der folgenden Voraussetzungen: |
| [ ]  Sie wird von mir in erheblichem Masse unterstützt. |
| [ ]  Sie führt mit mir nachweisbar ununterbrochen eine Lebensgemeinschaft  Gemeinsamer amtlicher Wohnsitz seit:                       (Monat / Jahr) |
| [ ]  Sie muss für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kinder aufkommen. |
| Name Vorname Geburtsdatum |
|                   |
|                   |
|                   |
|  |
| 1. **Bemerkungen**
 |
|       |
|       |
|  |
| 1. **Hinweise**
 |
| Diese Erklärung ersetzt alle früher im Rahmen der beruflichen Vorsorge abgegebenen Begünstigungs-erklärungen. Die versicherte Person nimmt zur Kenntnis, dass für die Gültigkeit dieser Erklärung die zum Zeitpunkt des Todesfalls massgebenden reglementarischen und gesetzlichen Bestimmungen zu berücksichtigten sind.Vorbehalten bleiben die gesetzlichen und steuerrechtlichen Vorschriften. |

Ort und Datum:       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Unterschrift der versicherten Person

Bitte stellen Sie das Formular per Post an nachfolgend aufgeführte Adresse zu.