



Begünstigtenordnung Todesfallkapital

(Formular für Versicherte*)

*) Im vorliegenden Formular wird für Personenbezeichnungen die männliche Form verwendet. Sie gilt stets für beide Geschlechter.

1 Persönliche Angaben

Name	_____	Vers.-Nr.	_____
Vorname	_____	Arbeitgeber	_____
Geburtsdatum	_____	Zivilstand	_____

2 Grundlage

Der Versicherte, nachfolgend „Antragsteller“ genannt, kann durch diese schriftliche Erklärung, die bei der Pensionskasse zu hinterlegen ist, ausschliesslich innerhalb der gleichen Kaskadenstufe (Art. 33 Abs. 2) eine einzelne Person begünstigen oder die Aufteilung des Todesfallkapitals unter mehreren begünstigten Personen vormerken lassen.

Sind mehrere Personen, deren Anteile nicht bezeichnet sind, innerhalb der gleichen Kaskadenstufe anspruchsberechtigt, so besteht der Anspruch zu gleichen Teilen.

Das Vorhandensein von Personen in einer ranghöheren Kaskadenstufe schliesst Personen einer rangtieferen Kaskadenstufe von der Berechtigung aus.

Eine gleichzeitige Begünstigung von Personen in unterschiedlichen Kaskadenstufen ist nicht möglich (Art. 33 Abs. 5).

3 Erklärung des Antragstellers

Ich beantrage im Fall meines Todes eine Abweichung von der Begünstigungsordnung des Vorsorgereglements und begünstige folgende anspruchsberechtigten Personen im nachstehenden Umfang:

Kaskadenstufe: (Art. 33 Abs. 2 lit. a-c Vorsorgereglement)

- a) Ehegatte / eingetragener Partner sowie Kinder mit Anspruch auf Waisenrente; **bei deren Fehlen**
- b) Person, die vom Antragsteller vor seinem Tod in erheblichem Mass unterstützt wurde *oder* die mit dem Antragsteller in den letzten fünf Jahren bis zu seinem Tod ununterbrochen eine Lebensgemeinschaft mit gleichem amtlichen Wohnsitz führte und keine Ehe- oder Lebenspartnerrente aus der ersten oder zweiten Säule aufgrund einer vorhergehenden Ehe oder Lebensgemeinschaft bezieht *oder* die für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kindern aufkommen muss; **bei deren Fehlen**
- c) übrige Kinder des Antragstellers, welche die Voraussetzungen auf eine Waisenrente der Pensionskasse **nicht** erfüllen

Begünstigte Person(en):

Person 1

Name	_____	Strasse	_____
Vorname	_____	PLZ/Ort	_____
Geburtsdatum	_____	Zivilstand	_____
Beziehung zum Antragsteller	_____		
Anteil am Todesfallkapital in %	_____		

Person 2

Name	_____	Strasse	_____
Vorname	_____	PLZ/Ort	_____
Geburtsdatum	_____	Zivilstand	_____
Beziehung zum Antragsteller	_____		
Anteil am Todesfallkapital in %	_____		

Person 3

Name _____ Strasse _____
 Vorname _____ PLZ/Ort _____
 Geburtsdatum _____ Zivilstand _____
 Beziehung zum Antragsteller _____
 Anteil am Todesfallkapital in % _____

Person 4

Name _____ Strasse _____
 Vorname _____ PLZ/Ort _____
 Geburtsdatum _____ Zivilstand _____
 Beziehung zum Antragsteller _____
 Anteil am Todesfallkapital in % _____

Person 5

Name _____ Strasse _____
 Vorname _____ PLZ/Ort _____
 Geburtsdatum _____ Zivilstand _____
 Beziehung zum Antragsteller _____
 Anteil am Todesfallkapital in % _____

Person 6

Name _____ Strasse _____
 Vorname _____ PLZ/Ort _____
 Geburtsdatum _____ Zivilstand _____
 Beziehung zum Antragsteller _____
 Anteil am Todesfallkapital in % _____

4 Hinweise

- Eine abgegebene Begünstigtenordnung hat nur bis zum Austritt des Antragstellers aus der Pensionskasse der Stadt Amriswil Gültigkeit.
- Eine abgegebene Begünstigtenordnung kann jederzeit schriftlich durch Abgabe einer neuen Begünstigtenordnung widerrufen oder abgeändert werden.

5 Bestätigung

- Mit dieser Erklärung widerrufe ich alle früher abgegebenen Begünstigtenordnungen.
- Ich habe das Vorsorgereglement mit den darin festgelegten Bedingungen zur Kenntnis genommen.
- Es ist mir bewusst, dass für die Gültigkeit dieser speziellen Begünstigtenordnung die gesetzlichen und reglementarischen Bestimmungen zum Zeitpunkt meines Todes massgebend sind und die Berechtigung danzumal abgeklärt wird.
- Ich verpflichte mich Namens-, Zivilstands- oder Adressänderung der begünstigten Person(en), sowie alle weiteren Änderungen, die die Anspruchsberechtigung beeinflussen können, unverzüglich schriftlich der Pensionskasse zu melden.

6 Unterschrift des Antragstellers

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Zur Beantwortung allfälliger Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Bitte Formular senden an:

Pensionskasse der Stadt Amriswil, c/o ProPublic, Vorsorge Genossenschaft, St. Gallerstrasse 89, 9230 Flawil
 071 394 60 00, norma.stoeckle@pro-public.ch