

Arbeitgeber

Name und Adresse

Vertrags-Nr.

Versicherte Person

Name

Vorname

Adresse

PLZ und Ort

Geburtsdatum

AHV-Nummer / SV-Nummer

Zivilstand

Erklärung der Versicherten Person

Ich habe vom Merkblatt „Begünstigungsänderung auf Todesfallkapitalien“ Kenntnis genommen und beantrage für den Fall meines Todes vor Erreichen des Pensionsalters, folgende Personen in nachstehendem Umfang zu begünstigen:

Name und Vorname	Geburtsdatum	Beziehung zu mir	Anteil am Todesfallkapital in % oder Bruchteilen
------------------	--------------	------------------	---

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Mit dieser Erklärung widerrufe ich alle früher abgegebenen Begünstigungsänderungen. Ich verpflichte mich, der Stiftung Zivilstandsänderungen und weitere Änderungen mitzuteilen, welche die Anspruchsberechtigung beeinflussen können. Ich nehme zur Kenntnis, dass für die Gültigkeit dieser speziellen Begünstigungsordnung nicht die heutigen Verhältnisse bzw. die heutigen reglementarischen und gesetzlichen Bestimmungen massgebend sind, sondern jene im Zeitpunkt des Todes.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person