

Änderung der Reihenfolge der Bezugsberechtigten des Todesfallkapitals

Mitgliedschaftsnummer : _____ Arbeitgeber / unabhängiger Arzt: _____

Persönliche Daten des/der Versicherten

Name _____ Vorname _____

Straße Nr. _____ PLZ Ort _____

AHV-Nr. _____ Geburtsdatum _____

Zivilstand ledig verheiratet gesetzlich zusammenlebend geschieden Witwe(r)

Artikel 46 Absatz 3 der seit 01.01.2022 geltenden Vorsorgebestimmungen

Durch eine zu Lebzeiten an die Stiftung gerichtete schriftliche Mitteilung kann der Versicherte die Begünstigten bestimmen, denen das Todesfallkapital zugesprochen werden soll, und den Anteil jedes Einzelnen festlegen. Er darf jedoch keine Leistung an Personen der Kategorien III und folgende zuweisen, wenn es einen potenziellen Anspruchsberechtigten der Kategorien I und II gibt.

Wenn die Anspruchsberechtigten der Kategorien I und II (überlebender Ehegatte und Waisen) Hinterbliebenenleistungen nach vorliegendem Reglement erhalten, die mindestens den Mindestleistungen des BVG entsprechen, kann der Versicherte eine Begünstigungsklausel aufstellen, in der er die Person(en), der (denen) er das Todesfallkapital zukommen lassen will, unter den in den Kategorien I bis V insgesamt bezeichneten Personen auswählt.

Die versicherte Person kann eine Leistung nur dann den gesetzlichen Erben zuweisen, wenn es keine Begünstigten nach den Kategorien I bis VII gibt.

Die versicherte Person kann diese Begünstigtenklausel jederzeit widerrufen oder ändern.

Antrag auf Änderung der Reihenfolge der Bezugsberechtigten des Todesfallkapitals

Hiermit möchte ich folgende Änderung der Reihenfolge der Bezugsberechtigten des Todesfallkapitals für die Kategorien I bis V gemäß der Vorsorgebestimmungen der Fondation de prévoyance professionnelle en faveur de AROMED vornehmen:

I. Der Ehepartner oder eingetragene Partner, *anderenfalls*

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum ____/____/____ Anteil ____%

II. Kinder mit Anspruch auf Waisenrente, *anderenfalls*

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum ____/____/____ Anteil ____%

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum ____/____/____ Anteil ____%

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum ____/____/____ Anteil ____%

III. Der Konkubinatspartner im Sinne von Art. 44 des Reglements, *anderenfalls*

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum ____/____/____ Anteil ____%

IV. Die vom/von der Versicherten maßgeblich unterstützten Personen, *anderenfalls*

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum ____/____/____ Anteil ____%

V. Kinder, die keinen Anspruch auf Waisenrente haben, *anderenfalls*

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum ____/____/____ Anteil ____%

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum ____/____/____ Anteil ____%

Die versicherte Person bestätigt, den Inhalt dieses Formulars und Art. 46 der Vorsorgebestimmungen der Fondation de prévoyance professionnelle en faveur de AROMED zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person

