

Gesuch um Auszahlung eines Todesfallkapitals

Art. 50 Vorsorgereglement (VOR)

Angaben zur verstorbenen Person

Name _____ Vorname _____
Geb. Datum _____ AHV-Nr. _____
Adresse _____ PLZ, Ort _____
Todesdatum _____ Todesursache Krankheit Unfall

Verhältnis zur versicherten Person

Bitte geben Sie an, in welcher Beziehung Sie zur verstorbenen Person standen und senden Sie uns die in der entsprechenden Kategorie verlangten Unterlagen zusammen mit dem Formular zurück.

- Von der verstorbenen Person massgeblich unterstützt
(*evtl. auch Lebenspartner/in mit Lebensgemeinschaft von weniger als fünf Jahren*)
- Unterlagen, welche die massgebliche Unterstützung belegen (z.B. Kopien Konkubinatsvertrag, Unterstützungsvereinbarung, Belege für bezahlte Ausbildungskosten, Ferien, Anschaffungen, Miete etc.)
 - Todesschein
- Lebenspartner/-in (mindestens fünf Jahre Lebensgemeinschaft)
- Unterlagen, welche die gemeinsame Lebensgemeinschaft belegen (z.B. Kopien Konkubinatsvertrag, Begünstigung in Lebensversicherungspolice, gemeinsamer Mietvertrag, Bestätigung Einwohnerkontrolle, Belege über gemeinsame Auslagen für Ferien, Anschaffungen etc.)
 - Todesschein
- Person, welche für den Unterhalt gemeinsamer Kinder aufkommt
- Kopie des Geburtsscheins oder Familienausweises
 - Unterlagen, welche die Unterhaltspflicht belegen (z.B. Kopien Belege für bezahlte Ausbildungskosten, Ferien, Anschaffungen, Miete etc.)
 - Todesschein
- Kind
- Kopie des Familienausweises (mit Todesdatum oder Todesschein)
- Eltern
- Kopie des Familienausweises (mit Todesdatum oder Todesschein)
- Geschwister
- Kopie des Familienausweises (mit Todesdatum oder Todesschein)

Bereits bezogene Leistungen aus einem anderen Vorsorgefall

Beziehen Sie bereits eine Witwen- / Witwerrente / Lebenspartnerrente einer Pensionskasse?

JA NEIN

Angaben zu Ihrer Person

Name _____ Vorname _____

Geb. Datum _____ AHV-Nr. _____

Adresse _____ PLZ, Ort _____

E-Mail _____ Telefon _____

Zivilstand ledig geschieden
 verheiratet verwitwet
 eingetragene Partnerschaft

Bankverbindung für Auszahlung des Todesfallkapitals

Bank / Versicherung _____

Adresse / Ort _____

IBAN _____

Unterschrift

Ich bestätige, dass die obengenannten Angaben wahrheitsgetreu ausgefüllt wurden.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Weitere Formulare finden Sie auf unserer Homepage pkso.ch