

# Pensionskasse PERKOS

Pensionskasse Evangelisch-reformierter Kirchen der Ostschweiz

Postfach 122  
9056 Gais

Telefon 071 791 70 18  
Telefax 071 791 70 19

Postkonto 90-722-3

Pensionskasse Perkos  
Strahlholz  
Postfach 122  
9056 Gais

## Erklärung über die Verteilung des Todesfallkapitals

### Angaben zur Person

Name

Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Heimatort

Nationalität

Arbeitgeber

AHV-Nr.

Geburtsdatum

Versicherten-Nr.

Zivilstand

verheiratet seit:

# Pensionskasse PERKOS

Pensionskasse Evangelisch-reformierter Kirchen der Ostschweiz

## Erklärung über die Verteilung des Todesfallkapitals

Die unterzeichnende Person wünscht, dass das Todesfallkapital den anspruchsberechtigten Hinterlassenen in folgendem Umfang ausgerichtet werden soll:

Rangordnung	Anspruchsberechtigte Personen	Quote * (in % / in CHF)
<b>a. Ehegatte; Unterstützungspflichtige Kinder bzw. Pflegekinder der verstorbenen Person; Natürliche Personen, die von der versicherten Person zum Zeitpunkt ihres Todes massgeblich unterstützt wurden oder die Person, die mit ihr in den letzten 5 Jahren bis zu ihrem Tod ununterbrochen eine Lebensgemeinschaft geführt hat oder die für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kinder aufkommen muss</b>	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....
<b>b. Kinder, die nicht unter Ziffer a fallen</b>	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
<b>c. Eltern und Geschwister</b>	..... .....	..... .....
<b>d. Übrige gesetzliche Erben</b>	..... .....	..... .....
	<b>Total</b>	<b>100 %</b>

\* Es empfiehlt sich, die den einzelnen Personen zustehenden Quoten in % des gesamten von der Pensionskasse auszahlenden Kapitals anzugeben. Personen in Gruppe b können nur bei Fehlen von Personen der Gruppe a begünstigt werden bzw. solche von Gruppe c nur bei Fehlen von solchen der Gruppe a und b, etc.

Die versicherte Person nimmt zur Kenntnis, dass diese Erklärung hinfällig wird, falls sie gesetzlichen oder steuerrechtlichen Vorschriften widerspricht. Diese Erklärung ersetzt alle bisherigen Erklärungen über die Verteilung des Todesfallkapitals.

Name, Vorname der versicherten Person

Ort / Datum

Unterschrift

Mit Unterzeichnung bestätige ich Kenntnis der Datenschutzerklärung der Pensionskasse PERKOS zu haben und erkläre mein Einverständnis zur Bearbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Pensionskasse PERKOS.