



Pensionskasse
Stadt St.Gallen

Rathaus
9001 St.Gallen
www.pk.stadt.sg.ch

Begünstigungserklärung Todesfallkapital

Formular für Versicherte

1 Persönliche Angaben

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

2 Grundlage

Versicherte, nachfolgend „Antragsteller“ genannt, können durch diese schriftliche Erklärung, die bei der Pensionskasse zu hinterlegen ist, ausschliesslich innerhalb der gleichen Kaskadenstufe 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.

3 Erklärung des Antragstellers / der Antragstellerin (Unzutreffendes bitte streichen)

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

Kaskadenstufe:

- ☐ A - der überlebende Ehegatte
- die Kinder des Verstorbenen
- der Lebenspartner mit anspruchsbegründeter Lebenspartnerschaft gemäss Ziffer 29.2 Rahmenreglement, wobei das Mindestalter von 40 Jahren nicht erreicht sein muss
- die Person, die vom Verstorbenen vor seinem Tode in erheblichen Masse unterstützt worden ist, indem er für ihren Unterhalt zu mehr als 50% aufgekommen ist oder die für den Unterhalt mindestens eines gemeinsamen Kindes aufkommen muss

Bei Fehlen von Begünstigten nach Buchstabe A = Buchstabe B

- ☐ B - die Eltern
- die Geschwister

Begünstigte Person(en):

Es besteht die Möglichkeit zusätzlich eine Rangfolge anzugeben. Sollte die Person im begünstigten Rang verstorben sein (aber erst dann), wird die Person im nächstfolgenden Rang begünstigt.

Person 1		Rang
Name	_____	Strasse
Vorname	_____	PLZ/Ort
Geburtsdatum	_____	Geschlecht
Beziehung zur antragstellenden Person		_____
Anteil am Todesfallkapital:		_____ %

Person 2		Rang
Name	_____	Strasse
Vorname	_____	PLZ/Ort
Geburtsdatum	_____	Geschlecht
Beziehung zur antragstellenden Person		_____
Anteil am Todesfallkapital:		_____ %

Person 3		Rang _____
Name _____	Strasse _____	
Vorname _____	PLZ/Ort _____	
Geburtsdatum _____	Geschlecht _____	
Beziehung zur antragstellenden Person _____		
Anteil am Todesfallkapital: _____ %		

Person 4		Rang _____
Name _____	Strasse _____	
Vorname _____	PLZ/Ort _____	
Geburtsdatum _____	Geschlecht _____	
Beziehung zur antragstellenden Person _____		
Anteil am Todesfallkapital: _____ %		

Person 5		Rang _____
Name _____	Strasse _____	
Vorname _____	PLZ/Ort _____	
Geburtsdatum _____	Geschlecht _____	
Beziehung zur antragstellenden Person _____		
Anteil am Todesfallkapital: _____ %		

Person 6		Rang _____
Name _____	Strasse _____	
Vorname _____	PLZ/Ort _____	
Geburtsdatum _____	Geschlecht _____	
Beziehung zur antragstellenden Person _____		
Anteil am Todesfallkapital: _____ %		

4 Hinweise

- Eine abgegebene Begünstigungserklärung hat vorbehältlich einer allfälligen Nachdeckung nur bis zum Austritt des Antragstellers bzw. der Antragstellerin aus dieser Vorsorgeeinrichtung Gültigkeit.
- Eine abgegebene Begünstigungserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen oder durch Abgabe einer neuen Begünstigungserklärung abgeändert werden.

5 Bestätigung

- Mit dieser Erklärung widerrufe ich alle früher abgegebenen Begünstigungserklärungen.
- Ich habe das Rahmenreglement mit den darin festgelegten Bedingungen zur Kenntnis genommen.
- Es ist mir bewusst, dass für die Gültigkeit dieser speziellen Begünstigungserklärungen die gesetzlichen und reglementarischen Bestimmungen zum Zeitpunkt meines Todes massgebend sind und die Berechtigung dannzumal 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 bzw. der Antragstellerin

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt und unterzeichnet an die Pensionskasse Stadt St.Gallen, Rathaus, 9001 St.Gallen.