# Erklärung Begünstigung Todesfallkapital

 **Erklärung senden an:**

Personalfürsorgestiftung PFS der Firma GEOTEST AG

der Firma GEOTEST AG c/o VZ Insurance Services AG

Bernstrasse 165 Spitalgasse 33

3052 Zollikofen 3011 Bern

**Personalien versicherte Person**

Name / Vorname: AHV-Nummer:

Adresse/PLZ/Ort:

**Begünstigungen (Art. 6.5.8 Stiftungsreglement)**

Bezugsberechtigte Gruppe

1. Ehegatte und Kinder, die nach Art. 6.5.6 Anspruch auf eine Rente haben
2. Natürliche Personen mit Unterstützung oder Lebensgemeinschaft oder gemeinsame Kinder
3. Kinder des Verstorbenen ohne Anspruch Art. 6.5.6, Eltern oder Geschwister

Name / Vorname

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Geburtsdatum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Anteil

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allgemeiner Hinweis**

Das Formular muss zu Lebzeiten des Versicherten oder Invalidenrentners der Personalfürsorgestiftung eingereicht werden. Fehlt die Erklärung und sind mehrere Anspruchsberechtigte in einem Buchstaben, wird das Todesfallkapital nach Köpfen aufgeteilt.

Die vorgehende Gruppe schliesst die nachfolgende jeweils von der Bezugsberechtigung aus. Solange beispielsweise Personen der Gruppe a leben, sind diese anspruchsberechtigt und Personen der Gruppe b oder c sind nicht bezugsberechtigt.

Die versicherte Person nimmt zur Kenntnis, dass diese Erklärung hinfällig wird, falls sie gesetzlichen oder steuerrechtlichen Vorschriften widerspricht.

**Unterschriften**

 Versicherte Person Lebenspartner/in

Ort und Datum Unterschrift Unterschrift