groupemutuel
Sammelstiftung

Bestimmung der Anspruchsberechtigten für das Todesfallkapital

Arbeitgeber

Firmenname: _____ Vertragsnummer: _____

Versicherte Person

Name: _____ Sozialversicherungsnummer: 756. _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Zivilstand: _____

Persönliche Angaben der anspruchsberechtigten Person/-en

1. Name: _____ Geburtsdatum: _____

   Vorname: _____ Verwandschaftsverhältnis: _____

   Anteil am Todesfallkapital: _____ % oder CHF _____

2. Name: _____ Geburtsdatum: _____

   Vorname: _____ Verwandschaftsverhältnis: _____

   Anteil am Todesfallkapital: _____ % oder CHF _____

3. Name: _____ Geburtsdatum: _____

   Vorname: _____ Verwandschaftsverhältnis: _____

   Anteil am Todesfallkapital: _____ % oder CHF _____

4. Name: _____ Geburtsdatum: _____

   Vorname: _____ Verwandschaftsverhältnis: _____

   Anteil am Todesfallkapital: _____ % oder CHF _____

Reglementarische Bedingungen

- Ich erkläre, die Bestimmungen von Art. 20 des Vorsorgereglements der Stiftung zur Kenntnis genommen zu haben.
- Ich bestätige, dass keiner der in Art. 20 Abs. 1 Bst. a bis c des Vorsorgereglements genannten Anspruchsberechtigten Anspruch auf das Todesfallkapital hat.
- Ich erkläre, dass der oder die oben erwähnte/-n Anspruchsberechtigte/-n zum Kreis der in Art. 20 Abs. 1 Bst. d bis g des Vorsorgereglements genannten Anspruchsberechtigten gehört/gehören.

Ort und Datum: _____

Unterschrift der versicherten Person: _____

Sammelstiftung Groupe Mutuel
Rue des Cèdres 5 – Postfach
CH-1919 Martigny
www.groupemutuel.ch

Ihr Kontakt
Berufliche Vorsorge
lpp@groupemutuel.ch