

WILLENSERKLÄRUNG für den Todesfall

Mit dem Formular regeln Sie die Auszahlung der zugesagten Hinterbliebenenleistung aus Entgeltumwandlung an eine von Ihnen bestimmte Person.

PERSÖNLICHE DATEN DER VERSICHERTEN PERSON

Arbeitnehmerfinanzierte betriebliche Altersversorgung - Vertrags-Nr.	
Vorname	
Nachname	Geburtsdatum
Vollständige Anschrift	
Arbeitgeber, Ort	

WILLENSERKLÄRUNG FÜR DEN TODESFALL

Die mir zugesagte Hinterbliebenenleistung aus meiner durch Entgeltumwandlung finanzierten betrieblichen Altersversorgung über die Unterstützungskasse wird im Falle meines Todes an den im Leistungsplan benannten Personenkreis (derzeit Witwer/Witwe, unterhaltsberechtigte Kinder, Lebenspartner in häuslicher Gemeinschaft) ausgezahlt.

Sollte aus diesem Personenkreis niemand vorhanden sein, bitte ich um Überprüfung der Auszahlung des Sterbegeldes an:

Vorname	Geburtsdatum
Nachname	
Vollständige Anschrift	
Verwandtschaftsverhältnis zum Versicherten	

Ich bin darüber informiert, dass es in meiner Verantwortung liegt, diese Willenserklärung an meine veränderten Familienverhältnisse anzupassen und gegebenenfalls eine neue Willenserklärung abzugeben.

Ort, Datum	Unterschrift Arbeitnehmer
------------	------------------------------

