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 Alters-versorgung - 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	

Formular V04 / Stand 04/2026

Drucken

DUK Versorgungswerk e.V. Jägerstraße 34 | 10117 Berlin
Telefon +49 30 5779979-20 | Telefax +49 30 5779979-29
info@duk.de | **www.duk.de**

AUPU Versorgungswerk e.V. | Jägerstraße 34 | 10117 Berlin
Telefon +49 30 5779979-15 | Telefax +49 30 5779979-29
info@aupu.de | **www.aupu.de/vorsorge**