

GEMINI Sammelstiftung  
c/o Avadis Vorsorge AG  
Zollstrasse 42  
Postfach  
8031 Zürich

GEMINI Sammelstiftung  
c/o Avadis Vorsorge AG  
Zollstrasse 42  
Postfach  
8031 Zürich

## Todesfallkapital – Änderung Reihenfolge der Begünstigung

Dieses Formular benötigen Sie, wenn Sie die Reihenfolge der anspruchsberechtigten Personen oder die Quote der Teilbeträge gemäss Rahmenreglement Ziffer 29.2 lit. c) ändern möchten. **Sie müssen das Formular zu Lebzeiten bei der Stiftung einreichen.** Andernfalls erfolgt die Aufteilung des Todesfallkapitals zu gleichen Teilen, wenn Sie **vor** der Pensionierung und **vor** dem Rücktrittsalter sterben.

- a) Ehegatte/eingetragener Partner, bei dessen Fehlen
- b) natürliche Personen, die von der versicherten Person in erheblichem Mass unterstützt worden sind, oder die Person, die mit der versicherten Person in den letzten fünf Jahren bis zum Tod ununterbrochen eine Lebensgemeinschaft mit gemeinsamer Haushaltung geführt hat oder die zum Zeitpunkt des Todes eine Lebensgemeinschaft mit gemeinsamer Haushaltung geführt hat sowie für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kinder aufkommen muss, die gemäss Reglement Anspruch auf eine Waisenrente haben, bei deren Fehlen
- c) die Kinder beziehungsweise Pflege- und Stiefkinder der verstorbenen Person, bei deren Fehlen die Eltern, bei deren Fehlen die Geschwister, bei deren Fehlen
- d) die übrigen gesetzlichen Erben, unter Ausschluss des Gemeinwesens

Wenn Sie die Anspruchsgruppe b) begünstigen möchten, verwenden Sie das Formular «Todesfallkapital – Begünstigung».

## Angaben zur versicherten Person oder rentenbeziehenden Person

Vorsorgewerk

Unternehmen

Kasse  Pensionskasse  Kader/Zusatzkasse

### Versicherte Person

Name

Vorname

AHV-Nummer Versichertennummer Geschlecht

Geburtsdatum Zivilstand

Adresse

PLZ und Ort

**Ich wünsche, dass bei meinem Tod ein allfälliges Todesfallkapital an folgende Personen ausgerichtet wird.** Die Summe aller Anteile in % muss 100% ergeben.

#### 1 Name Vorname

AHV-Nummer 756. Geschlecht

Geburtsdatum Zivilstand

Adresse

PLZ, Ort, Land

Beziehung zur versicherten Person  Kind bzw. Pflege-/Stiefkind  Eltern  Geschwister

Anteil Todesfallkapital %

#### 2 Name Vorname

AHV-Nummer 756. Geschlecht

Geburtsdatum Zivilstand

Adresse

PLZ, Ort, Land

Beziehung zur versicherten Person  Kind bzw. Pflege-/Stiefkind  Eltern  Geschwister

Anteil Todesfallkapital %

#### 3 Name Vorname

AHV-Nummer 756. Geschlecht

Geburtsdatum Zivilstand

Adresse

PLZ, Ort, Land

Beziehung zur versicherten Person  Kind bzw. Pflege-/Stiefkind  Eltern  Geschwister

Anteil Todesfallkapital %

#### 4 Name Vorname

AHV-Nummer 756. Geschlecht

Geburtsdatum Zivilstand

Adresse

PLZ, Ort, Land

Beziehung zur versicherten Person  Kind bzw. Pflege-/Stiefkind  Eltern  Geschwister

Anteil Todesfallkapital %

Einen allfälligen Anspruch auf das Todesfallkapital prüft die Stiftung erst im Anschluss an den Todesfall aufgrund der zu diesem Zeitpunkt gültigen Regelungen.

---

Ort/Datum

Unterschrift