

Meldung Partnerschaft/Begünstigungserklärung

Bitte mit Druckbuchstaben ausfüllen. Vollständig ausgefüllte Formulare ersparen Ihnen und uns zusätzliche Umtriebe.

 Pensionskasse Vorsorgestiftung Dienstleistungen AG

Hinweise und Informationen zur Begünstigung von Personen

- ▶ Als Mitglied der Pensionskasse finden Sie weitere Informationen im Kassenreglement Art. 22 (Partnerschaft) und Art. 24 (weitere Begünstigte).
- ▶ Als Versicherte/r der Vorsorgestiftung entnehmen Sie weitere Erklärungen dem Vorsorgereglement Art. 21 (Partnerschaft) oder Art. 23 (weitere Begünstigte).
- ▶ Begünstigte Personen sind der Asga zu Lebzeiten der versicherten Person zu melden.

1. Versicherte Person

Name	Vorname				
AHV-Nr.	alte AHV-Nr. (falls vorhanden)				
Geburtsdatum	Geschlecht	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w		
Strasse, Nr.	PLZ	Ort			
Telefon Privat	Telefon Geschäft				
Telefon Mobil	E-Mail				
Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet

2. Firma

Name
Mitglied-/Vertrags-Nr.

3. Begünstigte/r Partner/in

Die versicherte Person erklärt, dass im Fall ihres Todes die folgende Person die Anspruchsvoraussetzungen gemäss Kassenreglement bzw. Vorsorgereglement erfüllt:

Name	Vorname				
AHV-Nr.	alte AHV-Nr. (falls vorhanden)				
Geburtsdatum	Geschlecht	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w		
Strasse, Nr.	PLZ	Ort			
Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet

▼ Bitte beachten Sie die folgende Seite.

4. Weitere Begünstigte

i Hinweis zur Berücksichtigung weiterer Begünstigter

Die weiteren Begünstigten werden nur berücksichtigt, wenn der Asga kein/e Partner/in (Punkt 3) schriftlich gemeldet wurde, welche/r die Bedingungen gemäss Kassen- bzw. Vorsorgereglement erfüllt, und der Todesfall vor Erreichen des Rücktrittsalters eintritt.

Name		Vorname	
AHV-Nr.		Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Strasse, Nr.		PLZ	Ort
Beziehung zur versicherten Person (z.B. Sohn)			
Anteil am Todesfallkapital in Prozent oder Bruchteilen			

Name		Vorname	
AHV-Nr.		Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Strasse, Nr.		PLZ	Ort
Beziehung zur versicherten Person (z.B. Sohn)			
Anteil am Todesfallkapital in Prozent oder Bruchteilen			

Name		Vorname	
AHV-Nr.		Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Strasse, Nr.		PLZ	Ort
Beziehung zur versicherten Person (z.B. Sohn)			
Anteil am Todesfallkapital in Prozent oder Bruchteilen			

Name		Vorname	
AHV-Nr.		Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Strasse, Nr.		PLZ	Ort
Beziehung zur versicherten Person (z.B. Sohn)			
Anteil am Todesfallkapital in Prozent oder Bruchteilen			

Ort		Datum	
Unterschrift der versicherten Person			

► Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt und unterzeichnet an die Asga, Postfach, 9001 St.Gallen.