



Änderung der Begünstigungsordnung

1. Versicherte Person

Anrede: Herr Frau AHV-Nr.: _____

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ PLZ und Ort: _____

Geburtsdatum: _____ E-Mailadresse: _____

Tel.-Nr. Geschäft: _____ Tel.-Nr. Privat: _____

Zivilstand: ledig Konkubinats verheiratet
 geschieden verwitwet eingetragene Partnerschaft

Datum der Heirat, der Registrierung der Partnerschaft bzw. der Scheidung: _____

2. Änderung der Begünstigungsordnung

Eine Änderung der Begünstigungsordnung ist nur möglich, wenn keine Ehegattin bzw. kein Ehegatte oder keine eingetragene Partnerin bzw. kein eingetragener Partner vorhanden ist.

Ich wünsche im Zusammenhang mit der Auszahlung eines allfälligen Todesfallkapitals die nachfolgende Änderung der im Vorsorgereglement festgehaltenen Begünstigungsordnung.

Anspruchsberechtigte Gruppen (a – e) gemäss den Bestimmungen des Vorsorgereglements:

a) Die Ehegattin bzw. der Ehegatte oder die eingetragene Partnerin bzw. der eingetragene Partner

b) bei Fehlen der Person nach Buchstabe a: die Kinder des verstorbenen Versicherten

Begünstigte Person/en

Name / Vorname / Geburtsdatum: _____

Adresse / PLZ / Ort: _____

Beziehung zur versicherten Person: _____

Anteil in Prozent: _____

Name / Vorname / Geburtsdatum: _____

Adresse / PLZ / Ort: _____

Beziehung zur versicherten Person: _____

Anteil in Prozent: _____



Luzerner Gemeindepersonalkasse

Marktweg 2 • 6110 Wolhusen • Tel. 041 490 42 42 • Fax 041 490 42 43 • E-Mail: info@lgk-luzern.ch • www.lgk-luzern.ch

Name / Vorname / Geburtsdatum: _____

Adresse / PLZ / Ort: _____

Beziehung zur versicherten Person: _____

Anteil in Prozent: _____

Name / Vorname / Geburtsdatum: _____

Adresse / PLZ / Ort: _____

Beziehung zur versicherten Person: _____

Anteil in Prozent: _____

Name / Vorname / Geburtsdatum: _____

Adresse / PLZ / Ort: _____

Beziehung zur versicherten Person: _____

Anteil in Prozent: _____

c) bei Fehlen der Personen nach Buchstabe a und b:

- die Personen, die vom Versicherten vor seinem Tode in erheblichen Masse unterstützt worden sind, oder
- die Person, die mit dem Versicherten in den letzten fünf Jahren bis zu seinem Tod ununterbrochen eine Lebensgemeinschaft geführt hat (gleicher gesetzlich geregelter Wohnsitz erforderlich), oder
- die Person, die für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamen Kinder aufkommen muss.

Begünstigte Person/en

Name / Vorname / Geburtsdatum: _____

Adresse / PLZ / Ort: _____

Beziehung zur versicherten Person: _____

Anteil in Prozent: _____

Name / Vorname / Geburtsdatum: _____

Adresse / PLZ / Ort: _____

Beziehung zur versicherten Person: _____

Anteil in Prozent: _____

Name / Vorname / Geburtsdatum: _____

Adresse / PLZ / Ort: _____

Beziehung zur versicherten Person: _____

Anteil in Prozent: _____



Luzerner Gemeindepersonalkasse

Marktweg 2 • 6110 Wolhusen • Tel. 041 490 42 42 • Fax 041 490 42 43 • E-Mail: info@lgk-luzern.ch • www.lgk-luzern.ch

d) beim Fehlen von begünstigten Personen gemäss lit. a bis c: den Eltern und den Geschwistern, bei deren Fehlen;

Begünstigte Person/en

Name / Vorname / Geburtsdatum: _____

Adresse / PLZ / Ort: _____

Beziehung zur versicherten Person: _____

Anteil in Prozent: _____

Name / Vorname / Geburtsdatum: _____

Adresse / PLZ / Ort: _____

Beziehung zur versicherten Person: _____

Anteil in Prozent: _____

Name / Vorname / Geburtsdatum: _____

Adresse / PLZ / Ort: _____

Beziehung zur versicherten Person: _____

Anteil in Prozent: _____

Name / Vorname / Geburtsdatum: _____

Adresse / PLZ / Ort: _____

Beziehung zur versicherten Person: _____

Anteil in Prozent: _____

Name / Vorname / Geburtsdatum: _____

Adresse / PLZ / Ort: _____

Beziehung zur versicherten Person: _____

Anteil in Prozent: _____

Name / Vorname / Geburtsdatum: _____

Adresse / PLZ / Ort: _____

Beziehung zur versicherten Person: _____

Anteil in Prozent: _____



Luzerner Gemeindepersonalkasse

Marktweg 2 • 6110 Wolhusen • Tel. 041 490 42 42 • Fax 041 490 42 43 • E-Mail: info@lgk-luzern.ch • www.lgk-luzern.ch

e) den übrigen gesetzlichen Erben unter Ausschluss des Gemeinwesens, im Umfang der von der versicherten Person einbezahlten Beiträgen und freiwilligen Einkäufen, mindestens aber 50 % des Todesfallkapitals.

Begünstigte Person/en

Name / Vorname / Geburtsdatum: _____

Adresse / PLZ / Ort: _____

Beziehung zur versicherten Person: _____

Anteil in Prozent: _____

Name / Vorname / Geburtsdatum: _____

Adresse / PLZ / Ort: _____

Beziehung zur versicherten Person: _____

Anteil in Prozent: _____

3. Wichtige Hinweise

- Die Luzerner Gemeindepersonalkasse prüft im Zeitpunkt des Todes der versicherten Person, ob die Voraussetzungen zur Auszahlung eines allfälligen Todesfallkapitals im Rahmen der gewünschten Begünstigungsordnung möglich ist. Massgebend sind die im Zeitpunkt des Todes der versicherten Person gültigen reglementarischen Bestimmungen. Künftige Anpassungen dieser Bestimmungen bleiben vorbehalten. Kann die gewünschte Begünstigung nicht eingehalten werden, zahlt die Pensionskasse das Todesfallkapital aufgrund der im Vorsorgereglement vorgesehenen Reihenfolge aus.
- Die Pensionskasse ist berechtigt, bei den allenfalls begünstigten Personen die für die Abklärung notwendigen Unterlagen zu verlangen.
- Es wird der versicherten Personen empfohlen, eine periodische Überprüfung der Begünstigungsordnung vorzunehmen. Insbesondere dann, wenn sich die Familienverhältnisse ändern (beispielsweise der Änderung des Zivilstandes, Geburt eines Kindes, Kinder erreichen ein Alter, in dem kein Anspruch auf eine Waisenrente mehr besteht usw.).
- Mit einer neuen Änderung der Begünstigungsordnung widerruft die versicherte Person alle früher der Pensionskasse eingereichten Änderungen der Begünstigungsordnung.
- Die Änderung der Begünstigungsordnung muss zu Lebzeiten der versicherten Person bei der Pensionskasse vorliegen. Liegt keine schriftliche Erklärung über die Verteilung des Todesfallkapitals vor, wird das Kapital innerhalb der im Vorsorgereglement vorgesehenen anspruchsberechtigten Gruppe zu gleichen Teilen aufgeteilt.

4. Eingangsbestätigung

Die Pensionskasse stellt Ihnen nach Eingang dieser Mitteilung eine Eingangsbestätigung zu.

5. Bemerkungen

6. Unterschrift

Die versicherte Person erklärt mit ihrer Unterschrift, vom Inhalt dieses Formulars und den reglementarischen Bestimmungen Kenntnis genommen zu haben.

Ort und Datum: _____

Unterschrift der versicherten Person