



Antragsformular

Auszahlung Todesfallkapital

Die PKSL richtet beim Tod von versicherten Personen oder Personen die eine Invalidenrente der PKSL beziehen, ein Todesfallkapital aus, wenn die Anspruchsvoraussetzungen und Bedingungen nach Art. 40 des Vorsorgereglements der PKSL erfüllt sind. **Dieses Antragsformular und die erforderlichen Unterlagen sind der PKSL innert sechs Monaten seit dem Tod der verstorbenen versicherten Person einzureichen.**

Verstorbene versicherte Person

Name/Vorname

Geburtsdatum

Todesdatum

Beziehung zur verstorbenen versicherten Person

- Ehegatte/in, eingetragene/r Partner/Partnerin oder Lebenspartner/in mit Anspruch auf eine Partnerschaftsrente** (Art. 37 Vorsorgereglement)
- Lebenspartner/in** ohne Anspruch auf eine Partnerschaftsrente (Art. 37 Vorsorgereglement) von der verstorbenen versicherten Person zu Lebzeiten begünstigt und mind. 5 Jahre Lebensgemeinschaft
→ Unterlagen welche die gemeinsame Lebensgemeinschaft belegen (gemeinsamer Mietvertrag, Konkubinatsvertrag etc.)
- Person, die von der versicherten verstorbenen Person **in erheblichem Mass unterstützt** wurde (Falls von der verstorbenen versicherten Person zu Lebzeiten begünstigt)
→ Unterlagen welche die massgebliche Unterstützung belegen (z. B. Unterstützungsvereinbarung, Auszahlungsbelege etc.)
- Person, die für den **Unterhalt eines oder von mehreren gemeinsamen Kindern** aufkommt (Falls von der verstorbenen versicherten Person zu Lebzeiten begünstigt)
→ Kopie Geburtsschein oder Familienbüchlein, Unterlagen für Unterhaltspflicht etc. beilegen
- Kinder** der verstorbenen versicherten Person
→ Kopie Familienbüchlein und Erbenbescheinigung beilegen
- Eltern oder Geschwister** der verstorbenen versicherten Person
→ Kopie Familienbüchlein und Erbenbescheinigung beilegen



Gerne stehen wir Ihnen
für Fragen zur Verfügung.
versicherung@pksl.ch
T 041 208 83 71
www.pksl.ch

Angaben Antragsteller/Antragstellerin

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Zivilstand	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

Beziehen Sie bereits eine Witwen-/Witwerrente oder Lebenspartnerrente einer Pensionskasse?

(bitte zwingend ankreuzen)

JA

NEIN

Auszahlung

Name und Adresse Bank/Post	<input type="text"/>
Kontonummer IBAN	<input type="text"/>

Die unterzeichnende Antragstellerin/ der unterzeichnende Antragsteller bestätigt, alle Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben.

Datum

Unterschrift Antragsteller/Antragstellerin
