



# Individuelle Begünstigungsordnung

Vertrag Nr.\* ..... / .....

<b>Versicherte Person</b>	Name*	Vorname*	Versichertennummer*
	Strasse, PLZ und Ort*		Geburtsdatum*
	Zivilstand*	E-Mail-Adresse Privat	Telefon Nr.

**Todesfallkapital** Die individuelle Begünstigungsordnung regelt den Anspruch auf das gemäss Vorsorgeplan und Pensionskassenausweis **versicherte Todesfallkapital vor der vollständigen Pensionierung.**

**Erklärung** Ich habe vom «Merkblatt Begünstigungsordnung» und von den AXA Datenschutzbestimmungen Kenntnis genommen. Für den Fall meines Todes vor der Pensionierung begünstige **ich folgende anspruchsberechtigte Personen in nachstehendem Umfang:**

<b>Begünstigte Personen</b>	Individuelle Begünstigung Gruppe gemäss Reglement	Anspruch Anteil Kapital*	Name, Vorname*	Geburtsdatum*
<b>a) Ehegatte/in oder Eingetragene/r Partner/in</b>	.....%	.....%	.....	.....
<b>b/d) Kinder</b>	.....%	.....%	.....	.....
(rentenberechtigte Kinder und nicht rentenberechtigte Kinder)	.....%	.....%	.....	.....
<b>c) – Lebenspartner/in</b> sofern kein/e Ehegatte/in oder Eingetragene/r Partner/in vorhanden ist	.....%	.....%	.....	.....
<b>– Unterstützte Personen</b>	.....%	.....%	.....	.....
<b>– Personen, die für den</b> Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kinder aufzukommen haben	.....%	.....%	.....	.....
<b>e) Eltern</b>	.....%	.....%	.....	.....
<b>f) Geschwister</b>	.....%	.....%	.....	.....
	.....%	.....%	.....	.....
	.....%	.....%	.....	.....
<b>g) Übrige gesetzliche Erben</b>	keine Wahlmöglichkeit			
<b>Total</b>	.....%			

**Bemerkungen**

\* Zwingende Angabe

**Individuelle Begünstigungsordnung**

**Vertrag Nr.\*** ..... / .....

**Versicherte Person**

Name*	Vorname*	Versichertennummer*
-------	----------	---------------------

**Begünstigte Personen**

Name*	Vorname*
-------	----------

Strasse, PLZ und Ort\*

Land*	E-Mail-Adresse Privat	Telefon Nr.
-------	-----------------------	-------------

Name*	Vorname*
-------	----------

Strasse, PLZ und Ort\*

Land*	E-Mail-Adresse Privat	Telefon Nr.
-------	-----------------------	-------------

Name*	Vorname*
-------	----------

Strasse, PLZ und Ort\*

Land*	E-Mail-Adresse Privat	Telefon Nr.
-------	-----------------------	-------------

Name*	Vorname*
-------	----------

Strasse, PLZ und Ort\*

Land*	E-Mail-Adresse Privat	Telefon Nr.
-------	-----------------------	-------------

Name*	Vorname*
-------	----------

Strasse, PLZ und Ort\*

Land*	E-Mail-Adresse Privat	Telefon Nr.
-------	-----------------------	-------------

Name*	Vorname*
-------	----------

Strasse, PLZ und Ort\*

Land*	E-Mail-Adresse Privat	Telefon Nr.
-------	-----------------------	-------------

Name*	Vorname*
-------	----------

Strasse, PLZ und Ort\*

Land*	E-Mail-Adresse Privat	Telefon Nr.
-------	-----------------------	-------------

**Versicherte Person**

Name*	Vorname*	Versichertennummer*
-------	----------	---------------------

**Begünstigte Personen**

Name*	Vorname*	
-------	----------	--

Strasse, PLZ und Ort\*

Land*	E-Mail-Adresse Privat	Telefon Nr.
-------	-----------------------	-------------

Name*	Vorname*	
-------	----------	--

Strasse, PLZ und Ort\*

Land*	E-Mail-Adresse Privat	Telefon Nr.
-------	-----------------------	-------------

Name*	Vorname*	
-------	----------	--

Strasse, PLZ und Ort\*

Land*	E-Mail-Adresse Privat	Telefon Nr.
-------	-----------------------	-------------

Name*	Vorname*	
-------	----------	--

Strasse, PLZ und Ort\*

Land*	E-Mail-Adresse Privat	Telefon Nr.
-------	-----------------------	-------------

Name*	Vorname*	
-------	----------	--

Strasse, PLZ und Ort\*

Land*	E-Mail-Adresse Privat	Telefon Nr.
-------	-----------------------	-------------

Name*	Vorname*	
-------	----------	--

Strasse, PLZ und Ort\*

Land*	E-Mail-Adresse Privat	Telefon Nr.
-------	-----------------------	-------------

**Erklärung** Ich habe vom «Merkblatt Begünstigungsordnung» Kenntnis genommen. Mit dieser Erklärung widerrufe ich alle früher eingereichten individuellen Begünstigungsordnungen. Ich nehme zur Kenntnis, dass für die Gültigkeit dieser individuellen Begünstigungsordnung nicht die heutigen

Verhältnisse bzw. die heutigen reglementarischen und gesetzlichen Bestimmungen massgebend sind, sondern jene zum Zeitpunkt des Todes.

**Unterschrift**

Datum*	Unterschrift versicherte Person*
--------	----------------------------------

**Senden an** AXA Leben AG  
Postfach 300  
8401 Winterthur

\* Zwingende Angabe