Columna Sammelstiftung
Group Invest

Reset

# Individuelle Begünstigungsordnung

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

**Versicherte Person**

| Name* | Vorname* | Versichertennummer* |
|---|---|---|
| | | 756. |
| **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.

**Erklärung** Ich habe vom «Merkblatt Begünstigungsordnung» und von den AXA Datenschutzbestimmungen Kenntnis genommen. Für den Fall meines Todes begünstige ich folgende anspruchsberechtigte Personen in nachstehendem Umfang (inkl. Adressdaten zu den begünstigten Personen ab Seite 2):

**Begünstigte Personen**

| Individuelle Begünstigung Gruppe gemäss Reglement | Anspruch Anteil Kapital* | Name, Vorname* | Geburtsdatum* |
|---|---|---|---|
| **a) Ehegatte/in oder Eingetragene/r Partner/in** | ..... % | ..... | ..... |
| **b/d) Kinder** (rentenberechtigte Kinder und nicht rentenberechtigte Kinder) | ..... % | ..... | ..... |
| | ..... % | ..... | ..... |
| | ..... % | ..... | ..... |
| | ..... % | ..... | ..... |
| | ..... % | ..... | ..... |
| **c) – Lebenspartner/in** sofern kein/e Ehegatte/in oder Eingetragene/r Partner/in vorhanden ist | ..... % | ..... | ..... |
| **– Unterstützte Personen** | ..... % | ..... | ..... |
| | ..... % | ..... | ..... |
| **– Personen,** die für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kinder aufzukommen haben | ..... % | ..... | ..... |
| | ..... % | ..... | ..... |
| **e) Eltern** | ..... % | ..... | ..... |
| | ..... % | ..... | ..... |
| **f) Geschwister und Halbgeschwister** | ..... % | ..... | ..... |
| | ..... % | ..... | ..... |
| | ..... % | ..... | ..... |
| | ..... % | ..... | ..... |
| | ..... % | ..... | ..... |
| | ..... % | ..... | ..... |
| **g) Übrige gesetzliche Erben** | keine Wahlmöglichkeit | | |
| **Total** | 0.0000 % | Total muss 100% ergeben! | |

**Bemerkungen**

L1370.001-08.26

* Zwingende Angabe

**Individuelle Begünstigungsordnung** **Vertrag Nr.*** ..... / .....

**Versicherte Person**

Name* | Vorname* | Versichertennummer*

756.

**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.

Name* | Vorname*

Strasse, PLZ und Ort*

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



* Zwingende Angabe

**Individuelle Begünstigungsordnung** **Vertrag Nr.*** ..... / .....

**Versicherte Person**

Name* | Vorname* | Versichertennummer*
756.

**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 für den oben genannten Vertrag.

Ich nehme zur Kenntnis, dass für die Gültigkeit dieser individuellen Begünstigungsordunung 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