



Individuelle Begünstigungsordnung

Vertrag Nr.* /

Versicherte Person	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:	

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		.....%	.....	.....
		%		
		%		
		%		
		%		
		%		
g) Übrige gesetzliche Erben	keine Wahlmöglichkeit			
Total		%		

Bemerkungen

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.

Name*	Vorname*	Versichertennummer*

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.
-------	-----------------------	-------------

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

Datum* _____ Unterschrift versicherte Person* _____

Senden an AXA Leben AG
Postfach 300
8401 Winterthur

* Zwingende Angabe