



Begünstigungserklärung

Da es sich um Versicherungen der Säule 3b handelt, bestehen bei der Auszahlung des Todesfallkapitals (Plan TK3 und HR3) grundsätzlich keine Einschränkungen in Bezug auf die zu begünstigenden Personen.

Sofern die versicherte Person zu Lebzeiten an die Agrisano keine diesbezügliche schriftliche Weisung erlässt, haben die Hinterlassenen, unabhängig vom Erbrecht, nach folgender Rangordnung Anspruch auf ein Todesfallkapital (Bedingungen Art. 9 Abs. 3):

- I. der überlebende Ehegatte, resp. der eingetragene Partner;
- II. die Kinder gemäss Art. 252 ZGB;
- III. der hinterlassene Lebenspartner (Bedingungen Art. 8 Abs. 2);
- IV. die Eltern;
- V. die Geschwister;
- VI. die übrigen Erben oder andere von der verstorbenen Person als anspruchsberechtigt bezeichnete Personen.

Die Anspruchsberechtigung für eine kapitalisierte Leistung gemäss Plan HR3 richtet sich nach Art. 8 Abs. (1) der Bedingungen.

Willenserklärung der versicherten Person

Hiermit bestimme ich

Name _____ Vorname _____

AHV Nr. (13-stellig) _____ Geb. Datum _____

folgende Änderung(en)/Ergänzung(en) an der Begünstigungsordnung:

Rang	Begünstigte Person/en	Geb. Datum	PLZ, Wohnort
1. Stelle			
2. Stelle			
3. Stelle			

Ist eine Hinterlassenenrente (Plan HR3) versichert, wird diese beim Todesfall der versicherten Person dem hinterlassenen Ehegatten oder falls anspruchsberechtigt, dem hinterlassenen Lebenspartner oder dem eingetragenen Partner ausgerichtet. Hinterlässt die versicherte Person keinen anspruchsberechtigten Ehegatten, Lebenspartner oder eingetragenen Partner, so wird den Anspruchsberechtigten gemäss oben genannter Rangordnung der Barwert der Hinterlassenenrente in Form eines Todesfallkapitals ausbezahlt (Bedingungen Art. 8).

Die Beweislast für die Anspruchsberechtigung im Zeitpunkt des Todesfalls liegt bei der begünstigten Person.

Die Agrisano überprüft im Zeitpunkt des Ablebens der versicherten Person die Gültigkeit der Erklärung.

Diese Begünstigungserklärung ersetzt alle bisherigen und gilt bis zu Ihrem schriftlichen Widerruf.

Ort und Datum	Unterschrift der versicherten Person
_____	_____

Formular einsenden an: Agrisano Stiftung, Laurstrasse 10, 5201 Brugg

