

Mitteilung Lebensgemeinschaft

Arbeitgeberdaten

Firmenname Vertrag Nr.

Angaben zur versicherten Person

Name Vorname

Strasse / Nr. PLZ / Ort

Geburtsdatum SV-Nr.

Ich wünsche, dass bei meinem Ableben die fällige Leistung (Lebenspartnerrente und/oder Todesfallkapital) an meine/n Lebenspartner/in ausgerichtet wird.

Angaben zum/zur Lebenspartner/in

Name Vorname

Strasse / Nr. PLZ / Ort

Geburtsdatum SV-Nr.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person

Die Avanea Pensionskasse bestätigt, diesen Antrag erhalten zu haben. Massgebend für die Ausrichtung der Leistung sind die gesetzlichen und reglementarischen Bestimmungen im Zeitpunkt des Todesfalles.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift Avanea Pensionskasse