

## Fragebogen betreffend die Verstorbene Person

*Bitte ausfüllen und uns so schnell wie möglich zurücksenden*

<b>Verstorbene Person</b>	<p>Name / Vorname: .....</p> <p>AHV-Nr.: .....</p> <p>Zivilstand: .....</p> <p>Wenn verheiratet oder eingetragene Partnerschaft, Heirats-/Partnerschaftsdatum: .....</p> <p>Wenn Konkubinatspartner, Anfang der Lebensgemeinschaft: .....</p> <p>Todesursache: <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall</p>								
<b>Hinterlassenenrente (Art. 33–38 des Versicherungsreglements)</b>	<p>Name: .....</p> <p>Bei Frauen, lediger Name: .....</p> <p>Vorname: .....</p> <p>Adresse: .....</p> <p>NPA / Ort: .....</p> <p>Geburtsdatum: .....</p> <p>AHV-Nr.: .....</p> <p style="color: red;"><u>Daten für die Überweisung der Rente</u></p> <p>Kontoinhaber: .....</p> <p>Bank / Post-Adresse: .....</p> <p>(Überweisung im Ausland: SWIFT / BIC)</p> <p>Konto-IBAN Nr. für die Überweisung: <span style="color: red;">(detaillierte Bankverbindung beilegen)</span></p> <p>Unterschrift des überlebenden Ehegatten: .....</p> <p>Ort und Datum : .....</p>								
<b>Kinderrente (Art. 39 – 42 des Versicherungsreglements)</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Name / Vorname</th> <th style="width: 40%;">Geburtsdatum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>	Name / Vorname	Geburtsdatum	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Name / Vorname	Geburtsdatum								
.....	.....								
.....	.....								
.....	.....								
<b>Folgende Dokumente beilegen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Kopie offizieller Todesschein</b> (von der Gemeinde des Todesorts ausgestellt. <u>Auszug aus dem Todesregister (CIEC) ist nicht ausreichend</u>)</li> <li>• <b>Kopien der AHV-Karte und der unterschriebenen Identitätskarte des überlebenden Ehegatten</b></li> <li>• <b>Kopie Familienbüchlein</b> (inkl. die Seite über die Geburt der Kinder) <b>des Versicherten</b></li> <li>• <b>Wichtige Mitteilung</b> (datiert und unterschrieben an uns zurück zu senden)</li> <li>• <b>Kopie der Partnerschaftsurkunde</b> gemäss Bundesgesetz (nur für im Konkubinat lebende Personen)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>Die Zahlung unserer Leistungen folgt erst nach Erhalt dieses Fragebogens zusammen mit obenerwähnten Dokumenten</u></b></p>								

## **WICHTIGE MITTEILUNG**

(Ref. Art. 14 Ab. 3 und 4 des Versicherungsreglementes)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Aktueller Zivilstand: \_\_\_\_\_

Als Bezüger(in) von Hinterlassenenleistungen unserer Pensionskasse sind Sie verpflichtet, uns jede Änderung Ihrer persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse die den Leistungsanspruch beeinflussen kann, **unverzüglich** schriftlich mitzuteilen. Wir möchten Sie bitten, diese reglementarische und gesetzliche Vorschrift einzuhalten.

Es betrifft dies folgende Informationen:

- **Änderung der durch die AHV oder durch die SUVA ( Unfallversicherung ) ausbezahlten Leistungen oder ähnlicher Leistungen von Sozialversicherungsinstitutionen und/oder ausländischer Vorsorge....**
- **Aufhebung der AHV- oder SUVA-Leistungen**
- **Aufhebung einer Kinderrente**
- **Namensänderungen, Adressänderungen, Änderungen im Zivilstand, sowie der Zahlungsadresse (Post- oder Bankkonto)**
- **Jeglicher Aufenthalt von mehr als 3 Monaten ausserhalb des von der CPK bekannten Wohnortes (z.B. im Ausland)**
- **Untersuchungshaft, Strafvollziehungen oder strafrechtliche Massnahmen in der Schweiz oder im Ausland**

**Bei Nichtbeachtung dieser Vorschriften ist die Pensionskasse befugt, eventuelle zu Unrecht ausbezahlte oder einkassierte Leistungen zurück zu verlangen.**

Ausserdem nehme ich zur Kenntnis, dass die Pensionskasse regelmässig Belege betreffend andere Sozialversicherungsleistungen bei mir einfordern wird.

**Diese Meldepflicht ist unumgänglich; wir bitten Sie, dieses Dokument datiert und unterschrieben zurück zu schicken.**

Der (die) Unterzeichnete bestätigt, vom Inhalt dieses Dokumentes Kenntnis genommen zu haben.

Ort und Datum:.....Unterschrift:.....