**Fragebogen betreffend die Verstorbene Person**

***Bitte ausfüllen und uns so schnell wie möglich zurücksenden***

|  |  |
| --- | --- |
| **Verstorbene Person** | **Name / Vorname:** .......................................................................**AHV-Nr.:** .......................................................................**Zivilstand:** .......................................................................**Wenn verheiratet oder eingetragene Partnerschaft, Heirats-/Partnerschaftsdatum:** .......................................................................**Wenn Konkubinatspartner, Anfang der Lebensgemeinschaft:** .......................................................................**Todesursache: □ Krankheit □ Unfall** |
| **Hinterlassenen-rente (Art. 33–38 des Versicherungs-reglements)****Sterbegeld (Art. 43–45 des Versicherungs-reglements)** | **Name:** .......................................................................**Bei Frauen, lediger Name:** .......................................................................**Vorname:** .......................................................................**Adresse:** .......................................................................**NPA / Ort:** .......................................................................**Geburtsdatum:** .......................................................................**AHV-Nr.:** .......................................................................**Daten für die Überweisung der Rente / Sterbegeld****Kontoinhaber**: ....................................................................... .......................................................................**Bank / Post-Adresse**: .......................................................................(Überweisung im Ausland: SWIFT / BIC) .......................................................................**Konto-IBAN Nr. für die Überweisung**: .......................................................................(detaillierte Bankverbindung beilegen)**Unterschrift des überlebenden Ehegatten:** .......................................................................**Ort und Datum :** ....................................................................... |
| **Kinderrente (Art. 39 – 42 des Versicherungs-reglements)** | **Name  / Vorname Geburtsdatum**………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………. …………………………………… |
| **Folgende Dokumente beilegen** | * **Kopie offizieller Todesschein** (von der Gemeinde des Todesorts ausgestellt)
* **Kopien der AHV-Karte und der unterschriebenen Identitätskarte des überlebenden Ehegatten**
* **Kopie Familienbüchlein** (inkl. die Seite über die Geburt der Kinder) **des Versicherten**
* **Wichtige Mitteilung** (datiert und unterschrieben an uns zurück zu senden)
* **Kopie der Partnerschaftsurkunde** gemäss Bundesgesetz (nur für im Konkubinat lebende Personen)

**Die Zahlung unserer Leistungen folgt erst nach Erhalt dieses Fragebogens zusammen mit obenerwähnten Dokumenten** |

**W I C H T I G E M I T T E I L U N G**
(Ref. Art. 14 Ab. 3 und 4 des Vesicherungsreglementes)

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 :……………………………………