

## Änderung der Begünstigtenordnung

Vorsorgekontonummer(n):

---

Vorsorgenehmer  Herr  Frau

Name	Vorname
Strasse/Nr.	PLZ/Ort/Land
Zivilstand	Geburtsdatum
Tel.-Nr.	AHV-Versichertennr. oder PEID (FL)

Anspruchsberechtigt beim vorzeitigen Ableben des oben genannten Vorsorgenehmers sind gemäss Artikel 9 des Reglements der Rendita Vorsorgestiftung 3a folgende Personen in nachstehender Reihenfolge:

- a) der überlebende Ehegatte bzw. der überlebende eingetragene Partner
- b) die direkten Nachkommen sowie die natürlichen Personen, die von dem verstorbenen Vorsorgenehmer in erheblichem Masse unterstützt worden sind, oder die Person, die mit diesem in den letzten fünf Jahren bis zu seinem Tod ununterbrochen eine Lebensgemeinschaft geführt hat oder die für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kinder aufkommen muss.

Der Vorsorgenehmer kann eine oder mehrere der in **Buchstabe b** genannten Personen begünstigen und deren Ansprüche näher bezeichnen. Es gilt nachfolgende Begünstigung:

%-Anteil	<b>Begünstigte:</b> (Vorname, Name, Geburtsdatum, Adresse)	Beziehung gegenüber Vorsorgenehmer
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- c) die Eltern      d) die Geschwister      e) die übrigen Erben.

Ebenso hat der Vorsorgenehmer das Recht, die Reihenfolge der Begünstigten gemäss **Buchstaben c, d, und e** zu ändern und deren Ansprüche näher zu bezeichnen. Es gilt nachfolgende Begünstigung:

Reihen- folge	%-Anteil	<b>Begünstigte:</b> (Vorname, Name, Geburtsdatum, Adresse)	Beziehung gegenüber Vorsorgenehmer
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Wir empfehlen Ihnen, diese Begünstigung auch testamentarisch festzuhalten. Die Änderung der Begünstigtenordnung wird Ihnen von der Stiftung schriftlich bestätigt.

Falls Sie den Vorsorgeschutz durch die zusätzliche Risikoversicherung ergänzt haben, beachten Sie bitte, dass die Änderung der Begünstigtenordnung in der Risikoversicherung in einem separaten Formular festzuhalten ist. Dieses Formular ist ebenfalls bei der Stiftung erhältlich.

Ort/Datum

Unterschrift des Vorsorgenehmers

\_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_