

Formular drucken

Aargauische Pensionskasse
Abteilung Versicherung
Hintere Bahnhofstrasse 8
Postfach
5001 Aarau

Antrag Hinterlassenleistungen verwandte Personen

Hiermit erhebe ich,

Personalien der unterzeichnenden Person

Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	PLZ, Ort	_____
Tel. Privat	_____	Tel. Geschäft	_____
E-Mail	_____		

aufgrund meiner Verwandtschaftsbeziehung zur nachfolgend genannten versicherten Person
Anspruch auf ein Todesfallkapital der APK:

Personalien der versicherten Person

Name	_____	Vorname	_____
PK-Nr.	_____		

Mein verwandtschaftlicher Grad lautet: _____

Ich erkläre hiermit,

- dass mir **keine** Person bekannt ist, mit welcher die versicherte Person im Zeitpunkt ihres Todes eine Lebensgemeinschaftⁱ geführt hat, *oder*
- dass mir folgende Person bekannt ist, mit welcher die versicherte Person im Zeitpunkt ihres Todes eine Lebensgemeinschaftⁱ geführt hat, wobei die Lebensgemeinschaft meines Wissens **nicht** während der letzten fünf Jahre vor dem Tod der versicherten Person ununterbrochenen Bestand hatte:

Personalien der Partnerin oder des Partners der versicherten Person

Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	PLZ, Ort	_____
Tel. Privat	_____	Tel. Geschäft	_____
E-Mail	_____		

Des Weiteren erkläre ich,

- dass mir **keine** Person bekannt ist, welche von der versicherten Person bis zu deren Tod in erheblichem Masse unterstütztⁱⁱ worden ist.

Auch erkläre ich,

- dass mir (neben mir selbst) **keine** Kinder, Elternteile oder Geschwisterⁱⁱⁱ der versicherten Person bekannt sind, welche im Zeitpunkt des Todes der versicherten Person noch am Leben waren, *oder*
- dass mir (neben mir selbst) ausschliesslich folgende Kinder, Elternteile und/oder Geschwisterⁱⁱⁱ der versicherten Person bekannt sind, welche im Zeitpunkt des Todes der versicherten Person noch am Leben waren:

Personalien der Kinder, Elternteile oder Geschwister

Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	PLZ, Ort	_____
Tel. Privat	_____	Tel. Geschäft	_____
E-Mail	_____	Verwandtschaft	_____

Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	PLZ, Ort	_____
Tel. Privat	_____	Tel. Geschäft	_____
E-Mail	_____	Verwandtschaft	_____

Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	PLZ, Ort	_____
Tel. Privat	_____	Tel. Geschäft	_____
E-Mail	_____	Verwandtschaft	_____



Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	PLZ, Ort	_____
Tel. Privat	_____	Tel. Geschäft	_____
E-Mail	_____	Verwandschaft	_____
Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	PLZ, Ort	_____
Tel. Privat	_____	Tel. Geschäft	_____
E-Mail	_____	Verwandschaft	_____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

- dass falsche Angaben auf dem vorliegenden Formular zum Wegfall meiner Ansprüche auf ein Todesfallkapital führen können *und*
- dass wissentlich falsche Angaben auf dem vorliegenden Formular strafrechtliche Konsequenzen haben können.

Ort, Datum

Unterschrift

Beilage: Rückantwortcouvert

ⁱ Der Begriff *Lebensgemeinschaft* bezeichnet eine eheähnliche Lebensgemeinschaft zwischen zwei Personen gleichen oder unterschiedlichen Geschlechts, die weder miteinander verheiratet sind noch miteinander in eingetragener Partnerschaft leben. Auch Personen, welche nicht im gleichen Haushalt leben, können eine Lebensgemeinschaft führen. Führte die versicherte Person im Zeitpunkt ihres Todes eine Beziehung mit einer Person, welche gemäss dem allgemeinen Sprachgebrauch als ihre Lebenspartnerin respektive ihr Lebenspartner zu bezeichnen war, ist dies auf dem vorliegenden Formular anzugeben.

ⁱⁱ Eine *Unterstützung in erheblichem Masse* kann vorliegen, wenn die versicherte Person einer anderen Person über einen längeren Zeitraum regelmässig substantielle Unterstützungsleistungen in Form von Geld, Naturleistungen und/oder Dienstleistungen, insbesondere Pflege, hat zukommen lassen; in der Regel kann von einer *Unterstützung in erheblichem Masse* ausgegangen werden, wenn die Person, welche die betreffenden Unterstützungsleistungen erhalten hat, ohne diese ihre bisherige Lebensweise nicht weiterführen kann.

ⁱⁱⁱ Der Begriff *Geschwister* umfasst auch Halbgeschwister.