

# Erklärung über die Verteilung des Todesfallkapitals (Art. 19 Vorsorgereglement)

Die unterzeichnende Person wünscht, dass das bei ihrem Ableben vor der Pensionierung fällige Todesfallkapital den anspruchsberechtigten Hinterlassenen in folgendem Umfang ausgerichtet wird:

| Rangordnung   | Anspruchsberechtigte Person(en)         | Quote *<br>(in %/<br>in CHF)           |
|---|---|--|
| a. Ehegattin bzw. Ehegatte / eingetragene Partnerin bzw. eingetragener Partner; bei deren Fehlen  | .....                                   | ..... 100 %                            |
| b. Kinder der verstorbenen versicherten Person, die gemäss Art. 18 einen Anspruch auf Waisenrenten haben; bei deren Fehlen  | .....<br>.....<br>.....<br><b>Total</b> | .....<br>.....<br>.....<br>..... 100 % |
| c. natürliche Personen, die von der versicherten Person seit mindestens 24 Monaten bis zu deren Tod in erheblichem Masse unterstützt worden sind, oder die Person, die mit dieser in den letzten fünf Jahren bis zu deren Tod ununterbrochen eine Lebensgemeinschaft geführt hat oder die für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kinder aufkommen muss; bei deren Fehlen | .....<br>.....<br>.....<br><b>Total</b> | .....<br>.....<br>.....<br>..... 100 % |
| d. Die übrigen Kinder der verstorbenen versicherten Personen, sofern diese nicht schon unter Bst. b oder c fallen.  | .....<br>.....<br>.....<br><b>Total</b> | .....<br>.....<br>.....<br>..... 100 % |

\* Es empfiehlt sich, die den einzelnen Personen zustehenden Quoten in % des gesamten von der Pensionskasse auszuzahlenden Kapitals anzugeben. Personen in Gruppe b können nur bei Fehlen von Personen der Gruppe a begünstigt werden bzw. solche von Gruppe c nur bei Fehlen von solchen der Gruppe a und b.

Die versicherte Person nimmt zur Kenntnis, dass diese Erklärung hinfällig wird, wenn sie gesetzlichen Vorschriften widerspricht. Diese Erklärung ist der Pensionskasse des Kantons Nidwalden einzureichen. Die versicherte Person erhält von der Pensionskasse des Kantons Nidwalden nach Eingang dieser Mitteilung innert 30 Tagen eine schriftliche Eingangsbestätigung. Sollte dies innert dieser Frist nicht zutreffen, ist mit der Kasse Kontakt aufzunehmen.

## Versicherte Person

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Zivilstand: .....

Beginn Lebensgemeinschaft (falls zutreffend): .....

Ort / Datum: .....

Unterschrift: .....

Die versicherte Person bestätigt mit der Unterschrift die Richtigkeit der Angaben.