



WILLENSERKLÄRUNG für den Todesfall

Mit dem Formular regeln Sie die Auszahlung der zugesagten Hinterbliebenenleistung aus Entgeltumwandlung an eine von Ihnen bestimmte Person.

Versorgungswerk e.V.
Eingetragen in das Vereinsregister
Berlin-Charlottenburg Nr. 21401 Nz
Registriert beim Deutschen Bundestag

Jägerstraße 34 | 10117 Berlin
Telefon +49 30 5779979-20
Telefax +49 30 5779979-29

info@duk.de | www.duk.de

PERSÖNLICHE DATEN DER VERSICHERTEN PERSON

Arbeitnehmerfinanzierte
betriebliche Alters-
versorgung - Vertrags-Nr.

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Vollständige Anschrift

Arbeitgeber, Ort

WILLENSERKLÄRUNG FÜR DEN TODESFALL

Die mir zugesagte Hinterbliebenenleistung aus meiner durch Entgeltumwandlung finanzierten betrieblichen Altersversorgung über die Unterstützungskasse wird im Falle meines Todes an den im Leistungsplan benannten Personenkreis (derzeit Witwer/Witwe, unterhaltsberechtignte Kinder, Lebenspartner in häuslicher Gemeinschaft) ausgezahlt.

Sollte aus diesem Personenkreis niemand vorhanden sein, bitte ich um Überprüfung der Auszahlung des Sterbegeldes an:

Vorname

Geburtsdatum

Nachname

Vollständige Anschrift

Verwandtschaftsverhältnis
zum Versicherten

Ich bin darüber informiert, dass es in meiner Verantwortung liegt, diese Willenserklärung an meine veränderten Familienverhältnisse anzupassen und gegebenenfalls eine neue Willenserklärung abzugeben.

Ort, Datum

Unterschrift
Arbeitnehmer

Hinweis: Die Willenserklärung wird berücksichtigt, sofern eine entsprechende Regelung im Leistungsplan existiert und kein Begünstigter (derzeit Witwer/Witwe, unterhaltsberechtignte Kinder, Lebenspartner in häuslicher Gemeinschaft) im Sinne der betrieblichen Altersversorgung vorhanden ist.