



Todesfallmeldung

Firma _____ Vertrags-Nr. _____

Angaben über die verstorbene Person

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Sozialvers.-Nr. 756. _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Zivilstand ledig verwitwet durch Tod aufgelöste Partnerschaft verheiratet eingetragene Partnerschaft
 Konkubinat

Datum der Heirat/Eintragung der Partnerschaft _____

geschieden aufgelöste Partnerschaft
Datum der Scheidung/Auflösung _____

Angaben über den Todesfall

Todesdatum _____

Genauere Todesursache Krankheit * Verkehrsunfall ** Nicht Verkehrsunfall ** Berufskrankheit ** Suizid **

* Genaue Krankheit (z.B. Krebserkrankung, Herzleiden usw.) _____

Beginn der Krankheit _____

** Falls die Todesursache auf einen Unfall, die Folgen eines früheren Unfalls, auf eine Berufskrankheit oder einen Suizid zurückzuführen ist, muss dieser beim Unfallversicherer (UVG) angemeldet werden.

Unfallversicherer (Name, Adresse, PLZ, Ort) _____

War die versicherte Person vor dem Todesfall arbeitsunfähig? ja nein

Bis wann wird der Lohn ausbezahlt? _____

Bestehen Ansprüche aus anderen Versicherungseinrichtungen? ja nein

Wenn ja, aus welchen? _____

Kontaktperson _____ Tel.-Nr. (privat) _____

PLZ/Ort _____ Tel.-Nr. (Geschäft) _____

Strasse/Nr. _____ Tel.-Nr. (Mobile) _____

Angaben zur Anspruchsbegründung auf Todesfallleistungen (anspruchsberechtigte Personen)

Ehepartner/eingetragener Partner/Lebenspartner (angemeldete Lebenspartnerschaft zu Lebzeiten)

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Anspruchsberechtigte Kinder gemäss Vorsorgereglement

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Weitere Anspruchsberechtigte gemäss Vorsorgeplan

Art des Anspruchs _____

Überweisungsangaben (bei mehreren Begünstigten bitte pro Begünstigten ein Konto mitteilen)

Name der Bank/Post _____
Adresse der Bank _____
IBAN/Kontonummer _____ SWIFT / BIC _____
Kontoinhaber _____

Erforderliche Dokumente

	liegt bei	folgt
Amtlicher Todesschein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztlicher Bericht über die Todesursache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienausweis für Ehepartner- und Waisenrenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausbildungsbestätigung für Kinder, die älter als 18 Jahre sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Unfall Kopie Anmeldung oder Verfügung des Unfall-/Militärversicherers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnsitzbestätigung (mindestens 5 Jahre im gemeinsamen Haushalt wohnhaft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Unterlagen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Unterschrieben hat dieses Formular _____
(Vorname und Name in Blockschrift)

In welchem (Verwandtschafts-)Verhältnis stehen Sie zu der verstorbenen Person? _____ / Arbeitgeber

Adresse der Erbengemeinschaft _____

Swisscanto 1e Sammelstiftung
Geschäftsstelle
Postfach
8152 Glattbrugg