

Todesfallmeldung

Angaben zur versicherten Person

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Sozialvers.-Nr. 756. _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Zivilstand ledig verheiratet geschieden verwitwet
 eingetragene Partnerschaft aufgelöste Partnerschaft durch Tod aufgelöste Partnerschaft

Datum der Heirat, Eintragung der Partnerschaft bzw. der Scheidung _____

Angaben über den Todesfall

Todesdatum _____

Ursache 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
(z.B. SUVA, AHV, Ausländische Versicherungen, etc.)

Wenn ja, aus welchen? _____

Kontaktperson _____ Telefon (privat) _____

PLZ/Ort _____ Telefon (Geschäft) _____

Strasse/Nr. _____ Telefon (Natel) _____

Angaben zur Anspruchsbegründung auf Todesfalleistungen (anspruchsberechtigte Personen)

Ehepartner/eingetragener Partner

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Beziehen Sie bereits eine Witwen/Witwerrente oder Lebenspartnerrente aus einer anderen Vorsorgeeinrichtung (Art. 23.1 lit b.)? Ja Nein

Geschiedener Ehepartner*

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

* Falls dessen Ehe mit der verstorbenen Person länger als 10 Jahre dauerte und dem geschiedenen Ehepartner im Scheidungsurteil eine Rente zugesprochen wurde.

Konkubinat: Angemeldete Lebenspartnerschaft zu Lebzeiten

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Beziehen Sie bereits eine Witwen/Witwerrente oder Lebenspartnerrente aus einer anderen Vorsorgeeinrichtung (Art. 23.1 lit b.)? Ja Nein

Anspruchsberechtigte Kinder gemäss Vorsorgereglement

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

