

Meldung eines Todesfalls der beruflichen Vorsorge

Das Formular kann am Bildschirm ausgefüllt werden. Benützen Sie die Tabulator-Taste, um in das nächste Feld zu gelangen.

Vertragsdaten

Vertrags-Nr. Anschluss/Plan-Nr.
Vorsorgeeinrichtung
Arbeitgeber
Ende Lohnfortzahlung

Angaben über die verstorbene Person

Die in diesem Formular verwendete männliche Form umfasst selbstverständlich auch die weibliche Formulierung.

Name, Vorname
Geburtsdatum Sterbedatum
Zivilstand ledig verheiratet verwitwet geschieden eingetragene Partnerschaft Konkubinat

Angaben über die Hinterbliebenen

Ehegatte eingetragener Partner Lebenspartner

Name, Vorname
Geburtsdatum

Kinder:

Name, Vorname
Geburtsdatum

Name, Vorname
Geburtsdatum

Name, Vorname
Geburtsdatum

War die verstorbene Person jemals geschieden?

- Ja (bitte sämtliche Scheidungsurteile beilegen)
 Ja, jedoch hat die Ehe weniger als 10 Jahre gedauert oder der Ehepartner ist wiederverheiratet
 Nein

Informationen über den Vorsorgefall

Genauere Todesursache

Krankheit:

Genauere Krankheit:

(z.B. Krebserkrankung, Herzleiden usw.)

Beginn der Krankheit:

Unfall

Verkehrsunfall

Nicht Verkehrsunfall

Berufskrankheit

Suizid

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)

(Falls vorhanden, bitten wir Sie bereits um eine Kopie der Anmeldung)

War die verstorbene Person vor dem Todesfall arbeits- bzw. erwerbsunfähig?

Nein

Ja, seit wann:

Notwendige Unterlagen

Unterlagen, welche zur Abwicklung dieses Vorsorgefalls notwendig sind, können Sie aus der beiliegenden Checkliste entnehmen ([LINK ZU CHECKLISTE](#)). Bei Fragen oder Schwierigkeiten bei der Beschaffung der Unterlagen sind wir gerne für Sie da.

Bitte stellen Sie uns dieses Formular mit den bereits vorliegenden Unterlagen zu. Die restlichen Unterlagen erwarten wir gerne zum gegebenen Zeitpunkt.

Bemerkungen

Kontaktperson bei der Vorsorgeeinrichtung:

Name, Vorname

Telefonnummer

E-Mail
