

Meldung Todesfall

Vertrag

Vertragspartner _____
 Vertragsnummer _____
 Kontaktperson _____

Versicherte Person

Name, Vorname _____
 Geburtsdatum _____ Tag _____ Monat _____ Jahr Geschlecht: männlich weiblich
 AHV-Nummer _____
 Sprache de fr it en
 Zivilstand ledig verheiratet eingetragene Partnerschaft Konkubinat
 richterlich getrennt aufgelöste Partnerschaft
 geschieden gerichtlich aufgelöste Partnerschaft
 verwitwet durch den Tod aufgelöste Partnerschaft

Im Falle einer Scheidung/einer gerichtlich aufgelösten Partnerschaft bitte die Dauer der Ehe/der eingetragenen Partnerschaft angeben: _____ Jahre

Angaben des/der hinterlassenen Ehegatten/Ehegattin, Partner/in

Name, Vorname _____
 Strasse, Nr., PLZ, Ort _____
 Geburtsdatum _____ Tag _____ Monat _____ Jahr Geschlecht männlich weiblich
 Telefon _____
 E-Mail _____

Kinder unter 18 bzw. 25 Jahren, sofern noch in Ausbildung

Name, Vorname, Geburtsdatum _____ Tag _____ Monat _____ Jahr
 Name, Vorname, Geburtsdatum _____ Tag _____ Monat _____ Jahr
 Name, Vorname, Geburtsdatum _____ Tag _____ Monat _____ Jahr

Ereignis

Datum _____ Tag _____ Monat _____ Jahr
 Ort, Land _____
 Todesursache Unfall Krankheit unbekannt
 Name, Vorname des Arztes/der Ärztin _____
 Strasse, Nr., PLZ, Ort _____
 Amtliche Untersuchung Wurde eine amtliche Untersuchung durchgeführt? ja nein
 Durch _____
 Datum _____ Tag _____ Monat _____ Jahr
 UVG Ist die Todesursache auf einen Unfall, die Folgen eines früheren Unfalls oder auf eine eine Berufskrankheit zurückzuführen? ja nein
 Unfallversicherer Anmelddatum _____ Tag _____ Monat _____ Jahr
 Adresse _____

Angaben zum Arbeitsverhältnis

Jahreslohn _____ Lohnfortzahlung bis ___ Tag ___ Monat _____ Jahr
Arbeitsvertrag von ___ Tag ___ Monat _____ Jahr bis ___ Tag ___ Monat _____ Jahr
Arbeitsfähigkeit bis Todesfall ja nein Falls nein, bis ___ Tag ___ Monat _____ Jahr

Leistungsanpassungen

Wurde die Begünstigtenordnung abgeändert? ja nein
Wurde ein WEF-Vorbezug oder eine Verpfändung gemacht? ja nein

Beilagen (als Kopien)

Bitte reichen Sie uns dieses Formular mit den entsprechenden Beilagen so rasch wie möglich ein, damit den Hinterbliebenen kein finanzieller Engpass entsteht.

Zwingend

wird nachgeliefert bis

amtlicher Todesschein (inklusive aller Seiten) _____
ärztliche Bescheinigung _____
Vorsorgeausweis per Todesdatum _____
aktuelles Vorsorgereglement _____
Gesundheitsfragebogen bzw. Abklärung vollständige Gesundheit bei Eintritt _____
Gesundheitsvorbehalt (falls vorhanden) _____

Je nach Situation

Begünstigungserklärung (sofern hinterlegt) _____
amtliches Erbenverzeichnis _____
Konkubinat: Nachweis einer Lebensgemeinschaft inkl. Beginn und Stand bei Todesdatum _____
Ehe/registrierte Partnerschaft: Nachgetragener Familienausweis _____
Volljährige Waisen in Ausbildung bis 25. Altersjahr: Ausbildungsnachweis _____
Pflegekinder: Behördliche Bestätigung über Pflegekinder _____
Geschieden: Scheidungsurteil & -konvention Rechtskraftbescheinigung & AHV-Verfügung _____
Verfügung AHV, Unfall- oder Militärversicherung (falls leistungspflichtig) _____

Erklärung

Die/der Unterzeichnende bestätigt, das Formular wahrheitsgetreu und vollständig ausgefüllt zu haben.

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel der Vorsorgeeinrichtung

Hinweis: Bitte senden Sie die vollständigen Unterlagen an die nachfolgende Adresse:
Vertraulich, elipsLife, Claims Management, Thurgauerstrasse 54, Postfach, 8050 Zürich
Bei Fragen sind wir erreichbar unter der Telefonnummer +41 44 215 45 40 oder claims.ch@elipsLife.com