

Todesfallmeldung

*Vertrag Nr.: _____

*Police Nr.: _____

*Firma: _____

Strasse, Nr.: _____

Bitte alle Seiten ausfüllen und unterschreiben.

PLZ, Ort: _____

*Todesstag, Datum: _____

*Ist der Tod infolge eines Unfalles eingetreten?

Ja Nein

1 Personalien der versicherten Person (vom Arbeitgeber auszufüllen)

*Name: _____ *Vorname: _____

*Strasse, Nr.: _____ *PLZ, Ort: _____

Beruf/Funktion: _____ *Zivilstand: _____

Geburtsdatum: _____ Diensteintritt: _____

*War der/die Verstorbene vor dem Todesfall arbeits- bzw. erwerbsunfähig? Ja Nein

*Bestehen Ansprüche aus anderen Versicherungseinrichtungen? Ja Nein

Unfallversicherer: _____ Militärversicherung

Andere Versicherungsträger (inkl. ausländische Sozialversicherer): _____

Eidg. Alters- und Hinterlassenenversicherung

Sozialversicherungsnummer: _____

Anmeldung vorgesehen, per _____ Anmeldung ist erfolgt am _____

Zuständiger Kanton _____

Zuständige Ausgleichskasse _____

2 Angaben zur Anspruchsbegründung auf Todesfalleistungen (anspruchsberechtigte Person)

a) Hinterbliebener Ehegatte/eingetragener Partner

Name und Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Strasse, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

b) Geschiedener Ehegatte oder Partner aus aufgelöster Partnerschaft (falls deren Ehe oder eingetragene Partnerschaft mit dem Verstorbenen länger als 10 Jahre dauerte)

Name und Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Strasse, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

c) Kinder, für die Leistungen geltend gemacht werden können

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Benötigte Unterlagen

Kopie des Familienbüchleins und zusätzlich für in Ausbildung stehende Kinder, die älter als das Schlussalter 18 sind, Bestätigung der entsprechenden Lehranstalt.

d) Weitere Anspruchsberechtigte gemäss Vorsorgereglement (falls keine Anspruchsberechtigten unter a–c):

Art des Anspruches: _____

Beizubringende Unterlagen

liegt bei folgt

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ■ *Amtlicher Todesschein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ *Ärztlicher Bericht über die Todesursache | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ *Familienbüchlein resp. Urkunde über die eingetragene Partnerschaft für die Hinterlassenenrente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ *Erbgangsbescheinigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ evtl. Scheidungsurteil bzw. Urteil über die Auflösung einer eingetragenen Partnerschaft und Rechtskraftbescheinigung (für Anspruchsberechtigte aus früherer Ehe bzw. eingetragener Partnerschaft). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ bei Leistungspflicht des Unfall- und Militärversicherers (Verfügungen der AHV und des Unfallversicherers) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ weitere Unterlagen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arbeitgebers

Bemerkungen:

Bitte senden Sie dieses Formular an:

Helvetia Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft AG, Postfach 3855, 4002 Basel