



Todesfallmeldung

**Swiss Life AG
Unternehmen
Postfach
8022 Zürich**

Vertragsdaten	Firma	_____		
	Vertrag	_____		
Angaben zur verstorbenen Person	Name	_____		
	Vorname	_____		
	Versicherten-Nr.	756.	_____	
	Todesdatum	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau
	Zivilstand	Bitte auswählen! _____		

Weiterführende Angaben

Jahreslohn _____ CHF (gemäss Reglement im Zeitpunkt des Todes)

Genauere Todesursache Unfall Krankheit Art bzw. Name _____

Falls die Todesursache auf einen Unfall, die Folgen eines früheren Unfalls oder auf eine Berufskrankheit zurückzuführen ist, wurde diese/dieser beim Unfallversicherer (UVG) angemeldet? ja nein

Unfallversicherer _____
(Name, Adresse, PLZ, Ort)

1. War die verstorbene Person vor dem Todesfall arbeits- bzw. erwerbsunfähig? ja nein
Falls ja, seit wann? _____

2. Wurde die verstorbene Person durch mehrere Arbeitgeber versichert? ja nein
Falls ja, _____
(Name, Adresse, PLZ, Ort)

3. Bestehen Ansprüche aus anderen Versicherungseinrichtungen? ja nein
Unfallversicherer (UVG), Militärversicherung (MVG) oder andere Versicherungsträger (z.B. ausländische Sozialversicherer). Falls ja, Verfügung beilegen.
Versicherungseinrichtung _____
(Name, Adresse, PLZ, Ort)

4. Hat die verstorbene Person eine Begünstigungserklärung bei der Stiftung hinterlegt? ja nein
Falls ja, bitte Kopie dieser Erklärung beilegen.

5. Sofern die Option "Kapitalbezug" reglementarisch vorgesehen ist:
Wünscht der Witwer oder eingetragene Partner eine Offerte für die Auszahlung eines einmaligen Kapitalbetrages anstelle der Witwer- /Partnerrente? ja nein

6. Macht ein geschiedener Ehegatte oder geschiedener eingetragener Partner Ansprüche geltend? ja nein
Wenn ja, bitte Kopie des Scheidungsurteils und der AHV-Verfügung beilegen.

Hinweis Die Anmeldung allfälliger Leistungen aus der Eidg. Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) muss bei der zuständigen Ausgleichskasse erfolgen.

Soll sich Swiss Life im Weiteren direkt an die Hinterbliebenen wenden? ja nein

Unterschrift

Arbeitgeber bzw. Vorsorgeeinrichtung _____ Datum _____ Ort _____ Stempel und Unterschrift _____



