

## MELDUNG TODESFALL (Formular Arbeitgeber)

Seite 1: Auszufüllen durch Arbeitgeber der verstorbenen Person

### BETRIEB

Firma \_\_\_\_\_ Postfach \_\_\_\_\_  
Kontaktperson \_\_\_\_\_ Strasse, Nr. \_\_\_\_\_  
Tel.-Nummer \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

### VERSICHERTE PERSON (VP)

Name, Vorname \_\_\_\_\_ AHV-Nr. \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj) Todesdatum \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)  
**Kopie Todesschein beilegen**  
Geschlecht  weiblich  männlich Beschäftigungsgrad (BG) vor dem Tod \_\_\_\_\_ %  
Zivilstand  verheiratet  eingetragene Partnerschaft Verheiratet /eingetragene Partnerschaft  
 ledig  geschieden  verwitwet seit \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)  
 Konkubinat\* \*Partner zu Lebzeiten an VE gemeldet  Ja  Nein  
Letzte Wohnadresse vor dem Tod \_\_\_\_\_

### Partner/in

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Strasse, Nr. \_\_\_\_\_  
Geschlecht  weiblich  männlich PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj) Tel.-Nummer \_\_\_\_\_

### Kontaktperson (falls nicht Partner/in)

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Strasse, Nr. \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Tel.-Nummer \_\_\_\_\_

### Kinder

**Falls in Ausbildung: Ausbildungsbestätigung(en) beilegen**  
1. Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj) Geschlecht  w  m  
Wohnadresse \_\_\_\_\_  
2. Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj) Geschlecht  w  m  
Wohnadresse \_\_\_\_\_  
3. Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj) Geschlecht  w  m  
Wohnadresse \_\_\_\_\_

### ANGABE LEISTUNGSFALL

Eintrittsdatum Betrieb \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj) Austrittsdatum Betrieb \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)  
Todesursache  Krankheit Diagnose \_\_\_\_\_  
 Unfall Name UVG-Versicherer \_\_\_\_\_  
Unfallnummer (wenn vorhanden) \_\_\_\_\_  
 Freitod Name UVG-Versicherer \_\_\_\_\_  
Unfallnummer (wenn vorhanden) \_\_\_\_\_  
Bestand vor dem Tod eine Arbeitsunfähigkeit?  Ja\*, seit \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)  Nein

**\*Kopien allfälliger Taggeldabrechnungen beilegen**

Lohnnachgenuss gem. Art. 338 Abs. 2 OR (Lohnfortzahlung) durch Betrieb bis \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Stempel, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Meldung ausdrucken und inklusive Beilagen an Ihre Vorsorgeeinrichtung weiterleiten.

## MELDUNG TODESFALL (Formular Vorsorgeeinrichtung)

Seite 2: Auszufüllen durch Vorsorgeeinrichtung

### VORSORGEINRICHTUNG (VE)

Name VE \_\_\_\_\_ Postfach \_\_\_\_\_  
Kontaktperson \_\_\_\_\_ Strasse, Nr. \_\_\_\_\_  
Tel.-Nummer \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

### ANGABE LEISTUNGSFALL

Name, Vorname versicherte Person \_\_\_\_\_

Geburtsdatum versicherte Person \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)

Anschlussdatum Betrieb an VE \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj) Anschlussnummer \_\_\_\_\_

Wurde ein WEF-Vorbezug gemacht?  Ja  Nein

Wurde eine Verpfändung gemacht?  Ja  Nein

Falls ja:

Name Pfandgläubiger \_\_\_\_\_

Adresse Pfandgläubiger \_\_\_\_\_

Wurde eine Gesundheitsprüfung beim  Ja  Nein

Eintritt durchgeführt?

Bestand ein Vorbehalt bei Eintritt?  Ja  Nein

**Falls ja, Kopie Gesundheitsfragebogen beilegen**

Falls ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Kopie Vorbehalt beilegen**

Bestand ein Vorbehalt zum Zeitpunkt  Ja  Nein

des Todesfalls?

Falls ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Kopie Vorbehalt beilegen**

Wurde die Begünstigtenordnung abgeändert?  Ja  Nein

**Falls ja, Kopie Begünstigtenordnung beilegen**

War die versicherte Person als arbeits-  Ja  Nein

unfähig gemeldet?

Wurde eine FZL eingebracht?  Ja  Nein

Stand Altersguthaben per Todestag **oder** per Ende des Todesmonats bzw. 1. des Folgemonats

Nach Plan: CHF \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj) BVG-Werte Hinterlassenenleistungen CHF \_\_\_\_\_

Nach BVG: CHF \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_ (tt/mm/jjjj) BVG-Werte Waisenrentenleistungen CHF \_\_\_\_\_

Davon Konto vorzeitige Pensionierung CHF \_\_\_\_\_

Davon Auszahlende freiwillige Einkäufe CHF \_\_\_\_\_

### ANMERKUNGEN

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Achtung: Im Leistungsfall dürfen keine Auszahlungen (WEF-Vorbezug, Verpfändung, Scheidung, FZL usw.) vorgenommen werden. Bitte setzen Sie in Ihrem System einen entsprechenden Auszahlungsstopp!**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Stempel, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte zusätzlich folgende Unterlagen beilegen: **Vorsorgeausweis, Vorsorgeplan, wenn vorhanden: Kopie Todesschein, Kopie aktuelles Familienbüchlein, Begünstigtenordnung (wenn ohne Partner)**

Formular und Unterlagen senden an: **PKRück, Leistungen, Zollikerstrasse 4, Postfach, 8032 Zürich**

**Bitte beachten Sie, dass wir einen Todesfall nur dann bearbeiten können, wenn uns sämtliche Unterlagen und Informationen vorliegen!**