GASTROSOCIAL

Anmeldung Todesfall

Stirbt eine versicherte Person, welche über ein Altersguthaben bei der GastroSocial Pensionskasse verfügt, erhalten die anspruchsberechtigten Hinterbliebenen eine Rente und/oder ein Todesfallkapital.

Personalien der verstorbenen Person

AHV-Nummer:

Name, Vorname:

Strasse, Nummer:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Todesdatum (Tag, Monat, Jahr):

Ursache des Todes: ☐ Krankheit ☐ Unfall

Zivilstand der verstorbenen Person

Zivilstand: ☐ Ledig ☐ Verheiratet ☐ Getrennt ☐ Geschieden ☐ Verwitwet

☐ Eingetragene Partnerschaft ☐ Aufgelöste Partnerschaft

seit (Datum):

Kontaktperson

AHV-Nummer:

Name, Vorname:

Strasse, Nummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Partner

☐ Ehegatte

☐ eingetragener Partner

☐ bei GastroSocial gemeldeter Lebenspartner

Bestand bis zum Todesfall eine ununterbrochene Lebenspartnerschaft im gleichen Haushalt? ☐ Ja ☐ Nein

AHV-Nummer:

Name, Vorname:

Strasse, Nummer:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

FOR | 0025-dt | 1118 | ISO 9001 | GoodPriv@cy

GASTROSOCIAL

Kinder

Die verstorbene Person hinterlässt Kinder unter 20 Jahren ☐ Ja ☐ Nein

Die verstorbene Person hinterlässt Kinder in Ausbildung unter 25 Jahren (Ausbildungsbestätigung notwendig) ☐ Ja ☐ Nein

Die verstorbene Person hinterlässt invalide Kinder (mind. 70 % Invalidität) ☐ Ja ☐ Nein

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	AHV-Nummer:	in Ausbildung:
			☐ Ja ☐ Nein
			☐ Ja ☐ Nein
			☐ Ja ☐ Nein
			☐ Ja ☐ Nein
			☐ Ja ☐ Nein
			☐ Ja ☐ Nein

Massgeblich von der verstorbenen Person unterstützte Personen

Name, Vorname: _____ **AHV-Nummer:** ___.____.____.___

Strasse, Nummer: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Unterstützungsvertrag vorhanden ☐ Ja ☐ Nein

Weitere anspruchsberechtigte Personen

Eltern der verstorbenen Person

Name, Vorname des Vaters: _____ **AHV-Nummer:** ___.____.____.___

Strasse, Nummer: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Zivilstand: ☐ Ledig ☐ Verheiratet ☐ Getrennt ☐ Geschieden ☐ Verwitwet
☐ Eingetragene Partnerschaft ☐ Aufgelöste Partnerschaft ☐ Verstorben
seit (Datum): _____

Name, Vorname der Mutter: _____ **AHV-Nummer:** ___.____.____.___

Strasse, Nummer: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Zivilstand: ☐ Ledig ☐ Verheiratet ☐ Getrennt ☐ Geschieden ☐ Verwitwet
☐ Eingetragene Partnerschaft ☐ Aufgelöste Partnerschaft ☐ Verstorben
seit (Datum): _____

FOR | 0025-dt | 1118 | ISO 9001 | GoodPriv@cy

GASTROSOCIAL

Letzter Arbeitgeber der verstorbenen Person

Betriebsname:

Strasse, Nummer:

PLZ, Ort:

Das Arbeitsverhältnis dauerte vom: bis:

Bestand während des oben erwähnten Arbeitsverhältnisses unmittelbar vor dem Todesfall eine Arbeitsunfähigkeit?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, bitte Beginn der Arbeitsunfähigkeit vermerken:

Andere Versicherungen

Hat die verstorbene Person zum Zeitpunkt des Todesfalls Leistungen von der Arbeitslosenkasse bezogen? ☐ Ja ☐ Nein

Ist schon bei einer anderen Vorsorgeeinrichtung ein Leistungsanspruch (BVG) angemeldet? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, bei wem?

Wurde bereits eine Anmeldung für AHV- oder IV-Leistungen eingereicht oder ist ein Leistungsgesuch pendent?

Für die verstorbene Person ☐ Ja ☐ Nein

Für die anspruchsberechtigte Person ☐ Ja ☐ Nein

Für Kinder bzw. Waisen ☐ Ja ☐ Nein

Stehen den allfälligen Anspruchsberechtigten Leistungen von den nachstehenden Versicherungen zu?

Eidg. Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) ☐ Ja ☐ Nein

Unfallversicherung (UVG) ☐ Ja ☐ Nein

Eidg. Militärversicherung (MVG) ☐ Ja ☐ Nein

Andere/Haftpflichtversicherung (falls Unfall mit Drittverschulden)

☐ Nein

☐ Ja (bitte Daten der zuständigen Versicherung angeben)

Versicherung:

Adresse:

PLZ, Ort:

Policennummer:

Unfallverursacher:

FOR | 0025-dt | 1118 | ISO 9001 | GoodPriv@cy

GASTROSOCIAL

Zahlungsadresse der anspruchsberechtigten Person

Bitte Einzahlungsschein beilegen oder Zahlungsadresse genau und vollständig angeben.

IBAN-Nummer:

Name, Adresse Kontoinhaber:

Postkonto/Bankkonto:

Name, Adresse der Bank (keine Abkürzungen):

BIC/SWIFT-Code (für Zahlungen ins Ausland obligatorisch):

Ermächtigung und Unterschrift der anspruchsberechtigten Person

Ich ermächtige die GastroSocial Pensionskasse, alle für die Prüfung der Anspruchsberechtigung erforderlichen Auskünfte einzuholen sowie Einsicht in die medizinischen Unterlagen zu erhalten. Die Vollmacht gilt sowohl gegenüber Ärzten, Amtsstellen, Krankenkassen, öffentlichen und privaten Versicherungen oder Fürsorgeeinrichtungen, den Stellen der AHV/IV als auch gegenüber Dritten, wenn aus diesem Versicherungsfall Schadenersatzansprüche möglich sind.

Name, Vorname (in Druckbuchstaben):

Ort und Datum **Unterschrift**

Was passiert als Nächstes?

Sobald wir Ihre Unterlagen erhalten haben, werden wir diese eingehend prüfen.
Sollten die von uns benötigten Unterlagen nicht vollständig sein, kontaktieren wir Sie innerhalb der nächsten 10 Tage.
Liegen uns alle notwendigen Unterlagen vor, erhalten Sie innerhalb von 30 Tagen unseren Leistungsentscheid.

Speichern Drucken

FOR | 0025-dt | 1118 | ISO 9001 | GoodPriv@cy

GastroSocial | Pensionskasse | Caisse de pension | Cassa pensione
Buchserstrasse 1 | Postfach 2304 | 5001 Aarau | T 062 837 71 71 | F 062 837 72 97
info@gastrosocial.ch | gastrosocial.ch
Institution GastroSuisse