

Anmeldung Todesfall (für Hinterlassenenleistungen der Pensionskasse)

Personalien des verstorbenen Versicherten

AHV-Nummer:

Name, Vorname: _____

Strasse, Nummer: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Todesdatum (Tag, Monat, Jahr): _____

Ursache des Todes:

Krankheit

Unfall

Zivilstand des verstorbenen Versicherten

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

AHV-Nummer:

Name, Vorname: _____

Strasse, Nummer: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Kinder

Der verstorbene Versicherte hinterlässt Kinder unter 20 Jahren

Ja

Nein

Der verstorbene Versicherte hinterlässt Kinder in Ausbildung unter 25 Jahren (Ausbildungsbestätigung notwendig)

Ja

Nein

Der verstorbene Versicherte hinterlässt invalide Kinder (mind. 70 % Invalidität)

Ja

Nein

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	AHV-Nummer:	in Ausbildung:
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Massgeblich vom verstorbenen Versicherten unterstützte Personen

Name, Vorname: _____ **AHV-Nummer:** _____

Strasse, Nummer: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Unterstützungsvertrag vorhanden Ja Nein

Weitere anspruchsberechtigte Personen

Eltern des verstorbenen Versicherten

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): _____

Letzter Arbeitgeber des verstorbenen Versicherten

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 der verstorbene Versicherte 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 den verstorbenen Versicherten 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:
