

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)
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Kopie Todesschein beilegen	
Zivilstand	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Konkubinät*	Beschäftigungsgrad (BG) vor dem Tod	_____ %
		Verheiratet /eingetr. Partnerschaft seit	_____ (tt/mm/jjjj)
Letzte Wohnadresse vor dem Tod	_____		
		*Partner zu Lebzeiten an VE gemeldet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Partner/in

Name, Vorname	_____	Strasse, Nr.	_____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	PLZ, Ort	_____
Geburtsdatum	_____ (tt/mm/jjjj)	Tel.-Nummer	_____

Kontaktperson (falls nicht Partner/in)

Name, Vorname	_____	Kopie Vollmacht Vertreter beilegen	
Verwandtschaftsgrad	_____	Strasse, Nr.	_____
Tel.-Nummer	_____	PLZ, Ort	_____

Kinder

Falls in Ausbildung: Ausbildungsbestätigung(en) beilegen	
1. Name, Vorname	_____ Geburtsdatum _____ (tt/mm/jjjj) Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Wohnadresse	_____
2. Name, Vorname	_____ Geburtsdatum _____ (tt/mm/jjjj) Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Wohnadresse	_____
3. Name, Vorname	_____ Geburtsdatum _____ (tt/mm/jjjj) Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Wohnadresse	_____

Angaben Leistungsfall

Eintrittsdatum Betrieb	_____ (tt/mm/jjjj)	Austrittsdatum Betrieb	_____ (tt/mm/jjjj)
Todesursache	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Freitod	Diagnose	_____
	Name UVG-Versicherer		_____
	Unfallnummer (wenn vorhanden)		_____
	Name UVG-Versicherer		_____
	Unfallnummer (wenn vorhanden)		_____
Bestand vor dem Tod eine Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> ja*, seit _____ (tt/mm/jjjj) <input type="checkbox"/> 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

Vorsorgeeinrichtung (VE)

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

Angaben Leistungsfall

Name, Vorname versicherte Person	_____		
Geburtsdatum versicherte Person	_____	(tt/mm/jjjj)	
Anschlussdatum Betrieb an VE	_____	(tt/mm/jjjj)	Anschlussnummer _____
Wurde ein WEF-Vorbezug gemacht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wurde eine Verpfändung gemacht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Falls ja: Name Pfandgläubiger _____ Adresse Pfandgläubiger _____
Wurde eine Gesundheitsprüfung beim Eintritt durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, Kopie Gesundheitsfragebogen beilegen
Bestand ein Vorbehalt bei Eintritt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, welcher? _____ Kopie Vorbehalt beilegen
Bestand ein Vorbehalt zum Zeitpunkt des Todesfalls?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, welcher? _____ Kopie Vorbehalt beilegen
Wurde die Begünstigtenordnung abgeändert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, Kopie Begünstigtenordnung beilegen
War die versicherte Person als arbeitsunfähig gemeldet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wurde eine FZL eingebracht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Stand Altersguthaben per Todestag oder per Ende des Todesmonats bzw. 1. des Folgemonats			Nach Plan: CHF _____ per _____ (tt/mm/jjjj) Nach BVG: CHF _____ per _____ (tt/mm/jjjj) Davon Konto vorzeitige Pensionierung CHF _____ Davon Auszahlende freiwillige Einkäufe CHF _____ BVG-Werte Hinterlassenenleistungen CHF _____ BVG-Werte Waisenrentenleistungen 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 AG, Leistungen, Zollikerstrasse 4, Postfach, 8032 Zürich**

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