

## Meldung Todesfall (durch Hinterlassene auszufüllen)

### Angaben zum Arbeitgeber

Firma \_\_\_\_\_ Vertragsnummer \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

### Personalien der versicherten Person

Name \_\_\_\_\_ Soz. Vers. Nr. \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geschlecht  männlich  weiblich

Zivilstand  verheiratet  geschieden

verwitwet  registrierte Partnerschaft

Seit wann? \_\_\_\_\_

ledig  Lebenspartnerschaft\*

\* Partner zu Lebzeiten der Stiftung gemeldet

### Angaben zum Ehepartner / Lebenspartner

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Sprache Korrespondenz  Deutsch  Französisch

### Angaben zur Kontaktperson (falls nicht Ehepartner / Lebenspartner)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Sprache Korrespondenz  Deutsch  Französisch

### Angaben zu den Kindern (unter 18 resp. unter 25 und noch in Ausbildung)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Ereignis

Todesdatum \_\_\_\_\_ Todesort \_\_\_\_\_

Todesursache Bei Krankheit, Art der Erkrankung \_\_\_\_\_

Bei Unfall, Name UVG-Versicherer \_\_\_\_\_

Bei Freitod, Name UVG-Versicherer \_\_\_\_\_

unbekannt

## Zahlstelle für Überweisung von Hinterlassenenleistungen

Bankkonto Name der Bank \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Konto-Nummer \_\_\_\_\_

Clearing \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Postcheckkonto Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Kontonummer \_\_\_\_\_

## Bemerkungen

Die Fragen sind nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten. Die Meldung eines Leistungsfalles ist fristgerecht und vollständig vorzunehmen. Verspätete, unwahre oder unvollständige Meldungen können zu einer Reduktion oder Verweigerung von Leistungen führen! Wir verweisen auf die Bestimmungen im Vorsorgereglement.

## Vollmacht

Im Weiteren ermächtigt der/die Hinterlassene alle in Betracht fallenden Personen und Stellen, die Stiftung, die elipsLife (Rückversicherer) sowie die Beratungsgesellschaft für die zweite Säule AG, die für die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung erforderlichen Auskünfte zu geben.

Das Formular ist umgehend "Vertraulich" zu senden an:

**Beratungsgesellschaft für die zweite Säule AG**  
**z.Hd. Aldona Sutter, RV Pool**  
**Dornacherstrasse 230, Postfach, 4018 Basel**

Bitte folgende Dokumente beilegen:

- Kopie Todesschein
- Kopie Familienausweis
- Kopie Ausbildungsbestätigung (anspruchsberechtigte Kinder über Alter 18 bzw. 20)
- Kopie Bestätigung über die ausbezahlten Kinderzulagen

Ort, Datum

Unterschrift