

Meldung Todesfall

Betrieb Nr. _____
Vertrag Nr. _____ /

Arbeitgeber Name und Adresse

.....
Kontaktperson E-Mail-Adresse Telefon Nr.

Versicherte Person

.....
Name Vorname AHV-Nummer

.....
Strasse, PLZ und Ort Geburtsdatum Geschlecht

.....
Zivilstand Anzahl Kinder unter 18 Anzahl Kinder unter 25 und in Ausbildung m w

Todesfall Todesdatum

.....
Ursache Krankheit
 Unfall/Berufskrankheit
War die versicherte Person vor dem Tod länger als
3 Monate in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt?
 Ja Nein

Kontaktperson

.....
Name Vorname

.....
Strasse, PLZ und Ort

.....
Art der Beziehung zur verstorbenen Person

.....
Erreichbar unter E-Mail-Adresse Privat Telefon Nr.

Bemerkungen

Unterschrift

.....
Datum Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Senden an Vorsorgestiftung Film und Audiovision
c/o Allvisa Services AG
Postfach
8027 Zürich