

# 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

Durchführungsstelle

Postfach 300

8401 Winterthur