

ANGABEN ZUM ARBEITGEBER

FIRMA PLZ / ORT

PERSONALIEN DER VERSICHERTEN PERSON (VP)

NAME VORNAME
GEBURTSDATUM AHV / SVN
GESCHLECHT MÄNNLICH WEIBLICH
ZIVILSTAND LEDIG GESCHIEDEN EINGETRAGENE PARTNERSCHAFT UNBEKANNT
VERHEIRATET VERWITWET AUFGELÖSTE PARTNERSCHAFT

ANGABEN ZUM EHEGATTEN/LEBENSPARTNER ODER ZUR KONTAKTPERSON

NAME VORNAME
STRASSE PLZ / ORT
TEL. NR. E-MAIL

VERWANDTSCHAFTSGRAD

KINDER (UNTER 18 RESP. UNTER 25 UND NOCH IN AUSBILDUNG)

NAME VORNAME GEBURTSDATUM

ANGABEN ZUM TODESFALL

TODESURSACHE KRANKHEIT, ART DER ERKRANKUNG
UNFALL FREITOD UNBEKANNT

ZAHLSTELLE FÜR ÜBERWEISUNG VON HINTERLASSENENLEISTUNGEN

KONTOINHABER
GELDINSTITUT
ADRESSE
IBAN

BEMERKUNGEN

DIE FRAGEN SIND VOLLSTÄNDIG UND WAHRHEITSGETREU ZU BEANTWORTEN. VERSPÄTETE, UNWAHRE ODER UNVOLLSTÄNDIGE MELDUNGEN KÖNNEN ZU EINER REDUKTION ODER VERWEIGERUNG VON LEISTUNGEN FÜHREN.

VOLLMACHT

IM WEITEREN ERMÄCHTIGT DER/DIE HINTERLASSENE ALLE IN BETRACHT FALLENDEN PERSONEN UND STELLEN, DER STIFTUNG, DEREN RÜCKVERSICHERUNG SOWIE DER BERATUNGSGESELLSCHAFT FÜR DIE ZWEITE SÄULE AG, DIE FÜR DIE ABKLÄRUNG DES ANSPRUCHS UND DIE PRÜFUNG DER LEISTUNGSBERECHTIGUNG ERFORDERLICHEN AUSKÜNFTE ZU GEBEN.

ORT, DATUM:

UNTERSCHRIFT

BITTE FOLGENDE DOKUMENTE BEILEGEN

DAS FORMULAR IST UMGEHEND "VERTRAULICH" ZU SENDEN AN

KOPIE AMTLICHER TODESSCHEIN (INKL. ALLER SEITEN)

KOPIE FAMILIENAUSWEIS

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG (SIEHE BEILAGE)

KOPIE DER RENTENVERFÜGUNGEN DER AHV, DER SUVA,
ANDERER PENSIONS KASSEN, SOZIALVERSICHERUNG
AUS DEM AUSLAND, USW.