

## 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	<b>Kopie Todesschein beilegen</b>	
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"/> Konkubinat*	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	_____	<b>Kopie Vollmacht Vertreter beilegen</b>	
Verwandtschaftsgrad	_____	Strasse, Nr.	_____
Tel.-Nummer	_____	PLZ, Ort	_____

### Kinder

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

### 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		
Wurde diese der PROSPERITA gemeldet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>*Kopien allfälliger Taggeldabrechnungen beilegen</b>	
Lohnnachgenuss gem. Art. 338 Abs. 2 OR (Lohnfortzahlung) durch Betrieb bis	_____ (tt/mm/jjjj)		

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Stempel, Unterschrift \_\_\_\_\_

Meldung ausdrucken und inklusive Beilagen weiterleiten an: **PROSPERITA, Monbijoustrasse 5 | Postfach | 3001 Bern**

## 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	<b>Falls ja, Kopie Gesundheitsfragebogen beilegen</b>
Bestand ein Vorbehalt bei Eintritt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, welcher? _____ <b>Kopie Vorbehalt beilegen</b>
Bestand ein Vorbehalt zum Zeitpunkt des Todesfalls?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, welcher? _____ <b>Kopie Vorbehalt beilegen</b>
Wurde die Begünstigtenordnung abgeändert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<b>Falls ja, Kopie Begünstigtenordnung beilegen</b>
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 <b>oder</b> 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!**