

Vorsorgewerk der proparis Vorsorge-Stiftung Gewerbe Schweiz, Bern

**Meldung Todesfall****1. Personalien der zu verstorbenen Person**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, PLZ und Ort:

Geschlecht:  weiblich  männlich

Sozialversicherungs-Nr.:

**2. Todestag:**  **Ursache des Todes:**  Krankheit  Unfall

**3. Hinterlassene****a) Überlebender Ehegatte / eingetragener Partner/ gemeldeter Lebenspartner**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, PLZ und Ort:

Geschlecht:  weiblich  männlich

Datum der Eheschliessung /  
Eintragung der Partnerschaft:

Sozialversicherungs-Nr.:

**b) Geschiedener Ehegatte/ eingetragener Partner**

Nur sofern die Ehe mindestens zehn Jahre gedauert hat und ihm bei der Ehescheidung eine Rente nach Art. 124eAbs. 1 ZGB oder Art. 126 Abs. 1 ZGB zugesprochen wurde.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, PLZ und Ort:

Geschlecht:

weiblich

männlich

Datum der Scheidung:

Sozialversicherungs-Nr.:

**c) Kinder**

Der Verstorbene hatte Kinder unter 18 Jahren

 Ja Nein

Der Verstorbene hatte Kinder in Ausbildung unter 25 Jahren

 Ja Nein

Der Verstorbene hatte Kinder, die zu mindestens 70% invalid sind

 Ja Nein

Wenn mindestens eine Frage mit Ja beantwortet wurde:

Name / Vorname,

Geburtsdatum der Kinder:

**d) Massgeblich von der verstorbenen Person unterstützte Personen**

Nur auszufüllen bei Fehlen von Anspruchsberechtigten gemäss Ziffern 3a und/oder 3b/ 3c

Name / Vorname,

Geburtsdatum:

**e) Weitere anspruchsberechtigte Hinterlassene**

Nur auszufüllen bei Fehlen von Anspruchsberechtigten gemäss Ziffern 3a - 3d

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| - Kinder (ohne Anspruch auf Waisenrente gemäss Ziffer 3c) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Eltern der verstorbenen Person                          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Geschwister der verstorbenen Person                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Weitere anspruchsberechtigte Personen                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Name / Vorname,  
Geburtsdatum,  
Verwandschaftsverhältnis:


**4. Andere Versicherungen\*** (\*Entscheide bitte beilegen)

Stehen den allfälligen Anspruchsberechtigten ebenfalls Ansprüche zu, gegenüber

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| - Eidgenössische Alters- und Hinterbliebenenversicherung AHV? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Unfallversicherung?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Eidgenössische Militärversicherung MV?                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Andere?*  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

\*Wenn Ja, welche?


Ist der Tod des Versicherten durch einen Dritten herbeigeführt worden?  Ja  Nein**5. Lohfortzahlung**

Bis wann wird der Lohn ausbezahlt?

--

Tag/ Monat/ Jahr

**6. Kapitaloption**

Anstatt einer Ehegatten- oder Lebenspartnerrente kann der überlebende Ehegatte/ Lebenspartner eine Kapitalabfindung verlangen.

Die unterzeichnende Person nimmt zur Kenntnis, dass

- im Ausmass der Kapitalabfindung keine weiteren Ansprüche gegenüber der Pensionskasse bestehen.
- die Erklärung vor der Auszahlung der ersten Rente schriftlich eingereicht werden muss und ab diesen Zeitpunkt unwiderruflich ist.

Ist eine Kapitalabfindung gewünscht?  Ja  Nein

## 7. Auszahlung der Leistungen

Bitte Einzahlungsschein beilegen; falls nicht vorhanden, untenstehenden Teil ausfüllen.

Zahlungen auf ein Konto bei Auslandsbanken werden ausschliesslich durchgeführt, wenn ein Beleg der Bank mit allen erforderlichen Angaben zur Auszahlung beiliegt (Kontonummer, IBAN-Nummer, Adresse der Bank).

Postcheckkonto:	<input type="text"/>	Bankkonto:	<input type="text"/>
Inhaber:	<input type="text"/>		
Bank:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Clearing-No:	<input type="text"/>	IBAN:	<input type="text"/>

Gemäss den gesetzlichen Bestimmungen erfolgt die Meldung über erbrachte Leistungen durch die Pensionskasse an die eidgenössische Steuerbehörde.

---

## 8. Kontaktadresse

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

---

## 9. Ermächtigung und Unterschrift

Ich ermächtige und beauftrage sämtliche Institutionen und Versicherungen, der Pensionskasse die für die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung erforderlichen Auskünfte (inklusive medizinische Akten) zu geben.

Ort und Datum:

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Diesem Formular sind beizulegen

- Amtlicher Todesschein\*
- Arztzeugnis (im Original)
- Familienbüchlein oder
- aktueller Auszug aus dem Zivilstandsregister des Verstorbenen\*
- Rentenverfügungen der AHV / UV / MV usw. (vgl. Punkt 4)\*
- Ausbildungsbestätigungen für Kinder älter als 18 Jahre\*
- IV-Entscheid für invalide Kinder, die das 18. Lebensjahr überschritten haben\*
- Nachweis der Pflichten des Verstorbenen gegenüber unterstützten Personen\*
- Erbenbescheinigung gemäss ZGB Art. 559 (ausgestellt durch die Wohngemeinde des Verstorbenen)
- Niederlassungsbewilligung (Ausländerausweis) der anspruchsberechtigten Person\*
- Wohnsitzbestätigung der Einwohnergemeinde im Ausland der anspruchsberechtigten Person

\* Kopien genügen

Die Kosten für beizubringende Unterlagen gehen zu Lasten der Anspruchsberechtigten.