

Ärztliches Zeugnis über Todesfall

durch den behandelnden Arzt auszufüllen

Vertraulich
Ärztlicher Dienst der
Pensionskasse Gärtner & Floristen
Ifangstrasse 8
8952 Schlieren

Versicherte Person

Name, Vorname:

Geburtsdatum / Todesdatum:

AHV-Nr.: 756.

Strasse, PLZ, Ort:

1. Bescheinigung der Todesursache

a) Grundkrankheit, primäre Ursache:

b) Folgekrankheiten, unmittelbare
Todesursache:

Wann ist die die versicherte Person wegen
der Erkrankung oder den Verletzungen, die
zum Tode führten, in Ihre Behandlung
getreten?

2.

a) Welche Diagnose stellten Sie damals?

3. Todesursache: Krankheit Berufskrankheit Unfall Unfallfolgen Suizid

a) Kurze Beschreibung des Verlaufs der
Krankheit, des Unfallereignis oder Suizid
.....

b) Bei Unfall / Berufskrankheit:
Welche Krankheit / Gebrechen hat
gegebenenfalls mitgewirkt?

4. Wann sind die ersten Anzeichen der
Erkrankung aufgetreten?

a) Seit wann war der versicherten Person Ihres
Wissens diese Erkrankung bekannt?

b) Seit wann war sie arbeits- / erwerbsunfähig? 100% vom: bis:

% vom: bis:

Ort, Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes:

Honorarnote: Bitte beachten Sie, dass gemäss unserem Reglement die Kosten für beizubringende Unterlagen (z.B. Arztzeugnis) zu Lasten der
Anspruchsberechtigten / versicherten Person gehen. Wir bitten Sie deshalb, die Rechnung für dieses Zeugnis direkt an den/die Auftraggeber-in zu adressieren.

Rückfragen: Tel. 044 253 93 80 – Fax 044 253 93 94 - info@vorsorge-gf.ch