

# Meldung Todesfall

Pensionskasse  
Gärtner & Floristen  
Ifangstrasse 8  
8952 Schlieren

## 1. Personalien des Versicherten

Vorname

AHV-Nr.

Nachname

Zivilstand

Strasse

Telefonnummer

PLZ / Ort

Mail

## 2. Todestag

Wann ist der Versicherte verstorben?

Tag / Monat / Jahr

Todesursache

Krankheit  Unfall

## 3. Hinterlassene

Überlebender Ehegatte, eingetragener Partner, bei der Pensionskasse  
gemeldeter Lebenspartner

Name, Vorname

Strasse

PLZ / Ort

Geburtsdatum / Datum der Heirat

Tag / Monat / Jahr

/  
Tag / Monat / Jahr

## 4. Kinder

Der / die Verstorbene hatte Kinder unter 18 Jahren

Kopie Familienbüchlein beilegen

Der / die Verstorbene hatte Kinder in Ausbildung unter 25 Jahren

Kopie Familienbüchlein + Ausbildungsnachweis beilegen

Kind ist invalid

IV-Entscheid beilegen

## 5. Massgeblich von der verstorbenen Person unterstützte Personen

nur auszufüllen bei Fehlen von Anspruchsberechtigten gemäss Ziffer 3

---

Name

Vorname

Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr)

## 6. Weitere anspruchsberechtigte Hinterlassene

nur auszufüllen bei Fehlen von Anspruchsberechtigten gemäss Ziffer 3 – 5

---

Name

Vorname

Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr)

## 7. Andere Versicherungen

Bitte Entscheide bitte beilegen

Stehen den allfälligen Anspruchsberechtigten ebenfalls Ansprüche zu, gegenüber:

Eidgenössische AHV

Ja

Nein

Eidgenössische Invalidenversicherung IV

Ja

Nein

Eidgenössische Militärversicherung MV

Ja

Nein

Unfallversicherung

Ja

Nein

andere (ausländische)

Ja

Nein

wenn ja, welche?

---

Erfolgte der Tod der versicherten Person durch Dritteinwirkung?

Ja

Nein

## 8. Auszahlung der Leistungen

Postkonto oder Bankverbindung

IBAN Nummer

Konto, lautend auf

Name, Vorname

## 9. Beilagen

Der Meldung sind beigelegt:

Arztzeugnis im Original

Amtlicher Todesschein (Kopie)

Familienbüchlein (Kopie)

Nachweis der Pflichten des Verstorbenen gegenüber unterstützten Personen (Kopie)

## 10. Vollmacht und Unterschrift

Ich ermächtige die Pensionskasse die für die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung erforderlichen Auskünfte einzuholen.

Ort, Datum

Unterschrift