

Meldung Todesfall

Betrieb Nr. _____
 Vertrag Nr. _____ /

Arbeitgeber Name und Adresse

.....

Kontaktperson	E-Mail	Telefon
---------------	--------	---------

.....

Versicherte Person

Name	Vorname	AHV-Nummer
------	---------	------------

.....

Strasse, PLZ und Ort	Geburtsdatum	Geschlecht
----------------------	--------------	------------

..... m w

Zivilstand	Anzahl Kinder unter 18	Anzahl Kinder unter 25 und in Ausbildung
------------	------------------------	--

.....

Todesfall Todesdatum

.....

Ursache Krankheit

Unfall/Berufskrankheit

War die versicherte Person vor dem Tod länger als
 3 Monate in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt?

Ja Nein

Kontaktperson

Name	Vorname
------	---------

.....

Strasse, PLZ und Ort	Telefon
----------------------	---------

.....

Art der Beziehung zur verstorbenen Person

.....

Bemerkungen

.....

Unterschrift

Datum	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers
-------	---

.....

Senden an

vorsorgestiftung film und audiovision
 Durchführungsstelle
 Postfach 300
 8401 Winterthur