



# Todesfallmeldung

zu Händen der Helvetia,  
Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft AG

Kontaktstelle:

\*Vertrag Nr.:

\*Police Nr.:

\*Firma:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

Bitte alle Seiten ausfüllen und unterschreiben.

\*Todesstag, Datum:

\*Ist der Tod infolge eines Unfalles eingetreten?

Ja

Nein

## 1 Personalien der versicherten Person (vom Arbeitgeber auszufüllen)

\*Name:

\*Vorname:

\*Strasse, Nr.:

\*PLZ, Ort:

Beruf/Funktion:

\*Zivilstand:

Geburtsdatum:

Diensteintritt:

\*War der/die Verstorbene vor dem Todesfall arbeits- bzw. erwerbsunfähig?

Ja

Nein

\*Bestehen Ansprüche aus anderen Versicherungseinrichtungen?

Ja

Nein

Unfallversicherer:

Militärversicherung

Andere Versicherungsträger (inkl. ausländische Sozialversicherer):

## (\*Eidg. Alters- und Hinterlassenenversicherung

AHV-Versichertennummer:

Anmeldung vorgesehen, per

Anmeldung ist erfolgt am

Zuständiger Kanton

Zuständige Ausgleichskasse

## 2 Angaben zur Anspruchsbegründung auf Todesfalleistungen (anspruchsberechtigte Person)

a) Hinterbliebener Ehegatte/eingetragener Partner

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

b) Geschiedener Ehegatte oder Partner aus aufgelöster Partnerschaft (falls deren Ehe oder eingetragene Partnerschaft mit dem Verstorbenen länger als 10 Jahre dauerte)

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

c) Kinder, für die Leistungen geltend gemacht werden können

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

**Benötigte Unterlagen:** Kopie des Familienbüchleins und zusätzlich für in Ausbildung stehende Kinder, die älter als das Schlussalter 18 sind, Bestätigung der entsprechenden Lehranstalt

d) Weitere Anspruchsberechtigte gemäss Vorsorgereglement (falls keine Anspruchsberechtigten unter a–c):

---

Art des Anspruches:

<b>Beizubringende Unterlagen</b>	liegt bei	folgt
■ *Amtlicher Todesschein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ *Ärztlicher Bericht über die Todesursache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ *Familienbüchlein resp. Urkunde über die eingetragene Partnerschaft für die Hinterlassenenrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ *Erbgangsbescheinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ evtl. Scheidungsurteil bzw. Urteil über die Auflösung einer eingetragenen Partnerschaft und Rechtskraftbescheinigung (für Anspruchsberechtigte aus früherer Ehe bzw. eingetragener Partnerschaft).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ bei Leistungspflicht des Unfall- und Militärversicherers (Verfügungen der AHV und des Unfallversicherers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ weitere Unterlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arbeitgebers

**Bemerkungen:**

---

---

---

---

**Bitte senden Sie dieses Formular an** Ihre Kontaktstelle oder an Swisscanto Sammelstiftungen, Geschäftsstelle, St. Alban-Anlage 26, Postfach 3855, 4002 Basel