

Meldung eines Todesfalles

Vertragsnummer	
Versicherungsnehmer	
Versichertennummer	

1. Personaldaten

Name und Adresse	
Geburtsdatum	
Zivilstand der versicherten Person zum Zeitpunkt des Todes	
Verheiratet oder in eingetragener Partnerschaft	<input type="radio"/> ja
Wenn ja, Datum der Heirat / Eintragung	
Geschieden oder in aufgelöster eingetragener Partnerschaft	<input type="radio"/> ja
Verwitwet	<input type="radio"/> ja
Ledig	<input type="radio"/> ja
Bestand im Zeitpunkt des Todes eine eheähnliche Lebensgemeinschaft?	<input type="radio"/> ja

Bei einer unverheirateten, zum Zeitpunkt des Todes in eheähnlicher Lebensgemeinschaft gestandenen versicherten Person sind folgende Unterlagen einzureichen:

- Wohnsitzbestätigungen der Gemeinde für die letzten 5 Jahre für die versicherte Person
- Wohnsitzbestätigungen der Gemeinde für die letzten 5 Jahre für den überlebenden Partner
- Auszug aus dem Zivilstandsregister des überlebenden Partners
- Auszüge aus dem Zivilstandsregister für die gemeinsamen Kinder

War die versicherte Person zu einem anderen als zum Todeszeitpunkt geschieden bzw. war jemals eine eingetragene Partnerschaft aufgelöst worden? ja nein

Name, Geburtsdatum, AHV-Nummer und Adresse aller (inklusive früherer) Ehepartner und eingetragenen Partner:

Hat eine oder mehrere Ehen bzw. eingetragene Partnerschaften länger als 10 Jahre gedauert und wurde im betreffenden Scheidungs- bzw. Auflösungsurteil eine Unterhaltspflicht (Rente oder Kapital) zulasten der versicherten Person zugesprochen: bitte Kopien der folgenden Unterlagen beilegen:

- Scheidungsurteil inklusive Scheidungskonvention bzw. entsprechende Unterlagen im Zusammenhang mit der Auflösung einer eingetragenen Partnerschaft;
- Rentenverfügung der AHV sowie allfällige Verfügung des UVG-Versicherers.

2. Waisen

Name, Geburtsdatum, AVH-Nummer und Adresse von Kindern der versicherten Person:

Bei in Ausbildung stehenden oder dauernd erwerbsunfähigen Jugendlichen zwischen 18 und 25 Jahren: bitte Bestätigung der Lehrstelle bzw. der Schule / Universität oder der IV-Rentenverfügung beilegen.

3. Gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit vor dem Tod

War die versicherte Person schon mehr als 3 Monate vor dem Tod aus gesundheitlichen Gründen arbeitsunfähig? Ja Nein

Wenn ja, ab wann und zu wie viel %

Name und Adresse des zuletzt behandelnden Arztes

Sofern ein Arztzeugnis mit Diagnose und Verlauf vorhanden ist, bitte dieses beilegen bzw. Namen und Anschrift der Versicherung, der es zugestellt worden ist, mitteilen.

4. Angaben zum Todesfall

Todesursache

Todesursache

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Infektionskrankheit | <input type="radio"/> Kreislaufversagen |
| <input type="radio"/> Krebs | <input type="radio"/> Verkehrsunfall |
| <input type="radio"/> Versagen der Verdauungsorgane | <input type="radio"/> übrige Unfälle, Tötungsdelikt |
| <input type="radio"/> Krankheit der Atmungsorgane | <input type="radio"/> AIDS |
| <input type="radio"/> Stoffwechselkrankheit | <input type="radio"/> Drogen |
| <input type="radio"/> Selbsttötung | <input type="radio"/> Psychische Krankheiten |
| <input type="radio"/> Übrige Ursachen | |

Bitte immer beilegen:

- Amtlicher Todesschein
- Auszug aus dem Familienregister oder Kopien des vollständigen Familienbüchleins der versicherten Person
- Adresse der für die Regelung des Nachlasses zuständigen Amtsstelle bzw. Notars
- Erbenbescheinigung/Erbenverzeichnis

5. Name, Adresse und Telefonnummer der Hinterbliebenen

6. Bemerkungen

7. Entbindung der Geheimhaltungspflicht

Die unterzeichnende Person ermächtigt die Basler Leben AG zur Prüfung ihres Versicherungsfalles ihre Person betreffende Daten zu bearbeiten, zu koordinieren und auszutauschen.

Die Basler Leben AG kann insbesondere:

- Daten an andere Beteiligte (medizinische Leistungserbringer, Sozial- und Privatversicherer, Vorsorgeeinrichtungen, Amtsstellen, Case-Manager) zur Datenbearbeitung übermitteln;
- bei medizinischen Leistungserbringern (Ärzten, Chiropraktoren, Psychologen, Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen, Laboratorien, Spitälern, Rehabilitationskliniken, Einrichtungen zur teilstationären oder ambulanten Krankenpflege, Pflegeheimen), Sozial- (AHV, IV, UVG- und KVG-Versicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenversicherung) und Privatversicherern, Vorsorgeeinrichtungen, Amtsstellen, Arbeitgebern sowie anderen Auskunftspersonen sachdienliche Informationen einholen sowie in deren Akten Einsicht nehmen.

Die unterzeichnende Person ermächtigt die betreffenden Personen und Institutionen der Basler Leben AG auf Anfrage die zur Prüfung und Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen Daten bekannt zu geben und entbindet sie zu diesem Zweck von ihrer Geheimhaltungspflicht.

Ort, Datum

Unterschrift
