

Bitte ausfüllen und zurücksenden an:

Basler Leben AG
Aeschengraben 21
Postfach
4002 Basel

Meldung eines Todesfalls

Formular für die Hinterbliebenen

Vertrag Nr. **50** /

Vorsorgeeinrichtung der Firma

1. Angaben über die versicherte Person

Policen Nr. **51** /

Name und Vorname

Strasse

PLZ / Ort

Geburtsdatum

a) Zivilstand der versicherten Person im Zeitpunkt des Todes:
(bitte zutreffendes ankreuzen)

- Verheiratet oder in eingetragenen Partnerschaft. Datum der Heirat / Eintragung:
- Geschieden oder in aufgelöster eingetragener Partnerschaft.
- Verwitwet
- Ledig

b) Bestand im Zeitpunkt des Todes eine eheähnliche Lebensgemeinschaft? Ja Nein

Bei einer unverheirateten, im Zeitpunkt des Todes in eheähnlicher Lebensgemeinschaft gestandener versicherten Person:

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

c) War die versicherte Person jemals geschieden bzw. war jemals eine eingetragene Partnerschaft aufgelöst worden? Ja Nein

Kollektiv-Leben

Meldung eines Todesfalls
Formular für die Hinterbliebenen



- d) 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.

- e) Name, Geburtsdatum und AHV-Nummer 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.

2. Gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit vor dem Tod

War die versicherte Person schon mehr als 3 Monate vor dem Ableben aus gesundheitlichen Gründen arbeitsunfähig? *(bitte zutreffendes ankreuzen)*

- Nein
 Ja → zu % ab

Name und Adresse des zuletzt behandelnden Arztes:

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

3. Angaben zum Todesfall

Todesdatum:

Todesursache: *(bitte zutreffendes ankreuzen)*

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

Bitte immer beilegen:

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

4. Auszahlung allfälliger Leistungen

Postcheckkonto Nr.

Inhaber/in (Name und Vorname)

oder

Name und Adresse der Bank

IBAN

Clearing Nr.

Inhaber/in (Name und Vorname)

5. Adresse der Hinterbliebenen

.....
.....
.....

6. Bemerkungen

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Die unterzeichnende Person bestätigt mit ihrer Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben. Die unterzeichnende Person ermächtigt die Basler Leben AG (nachstehend "Basler" genannt), im Rahmen der Prüfung und Bearbeitung dieses Versicherungsfalles die versicherte Person betreffende Daten zu bearbeiten. Die Basler kann insbesondere:

- Daten an involvierte Dritte im In- und Ausland (z. B. Mit- und Rückversicherer) übermitteln;
- Allfällig mögliche Rückgriffe auf einen haftpflichtigen Dritten (bzw. dessen Haftpflichtversicherer) ausüben und diesem die dazu erforderlichen Daten bekannt geben;
- Bei medizinischen Leistungserbringern (Ärzten, Chiropraktoren, Psychologen, Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen, Laboratorien, Spitälern, Einrichtung zur teil stationären oder ambulanten Krankenpflege, Pflegeheimen), Sozial- (AHV, IV, UVG- und KVG-Versicherung) und Privatversicherern, Vorsorgeeinrichtungen, Amtsstellen, Arbeitsgebern sowie Zeugen und anderen Auskunftspersonen sachdienliche Informationen einholen sowie in deren Akten Einsicht nehmen.

Der Unterzeichnete ermächtigt die betreffenden Personen und Institutionen, der Basler bzw. deren medizinischem Dienst auf Anfrage die zur Prüfung und Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen Daten bekannt zu geben und entbindet sie zu diesem Zweck von ihrer Geheimhaltungspflicht.

Diese Entbindung gilt auch für die Basler Versicherung AG in Bezug auf Daten, die sie zur Abwicklung des Versicherungsfalles an Dritte weitergibt.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift