

Todesfallmeldung Kollektivleben

Name Arbeitgeber oder Vorsorgeeinrichtung: _____

1. Angaben über die versicherte verstorbene Person

Vertrags-Nr.

Versicherten-Nr.

Name

Vorname

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Zivilstand

ledig verheiratet verwitwet geschieden eingetragene Partnerschaft Partnerschaft

Geburtsdatum: Tag Monat Jahr

Todesfalldatum: Tag Monat Jahr

Todesursache:

Krankheit Unfall

War die verstorbene Person vor ihrem Tod drei Monate oder länger arbeits- bzw. erwerbsunfähig? ja nein

2. Arztadressen

Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik

Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik

3. Bemerkungen des Arbeitgebers

Ort

Unterschrift des Arbeitgebers/der Vorsorgeeinrichtung

(Ihre Unterschrift ist nur erforderlich, wenn Sie uns dieses Formular nicht elektronisch, sondern per Post zusenden)

Datum: Tag Monat Jahr

Bitte senden Sie dieses Formular direkt an: Zurich Schweiz, Leistungen Kollektivleben, Postfach, 8085 Zürich
oder via E-Mail an: Leistungen_KL_Tod@zurich.ch