

## Meldung Todesfall

Betrieb Nr. \_\_\_\_\_  
 Vertrag Nr. \_\_\_\_\_ /

**Arbeitgeber** Name und Adresse

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

**Versicherte Person**

Name Vorname Versichertennummer  
 .....  
 Strasse, PLZ und Ort Geburtsdatum Geschlecht  
 .....  
 Zivilstand Anzahl Kinder unter 18 Anzahl Kinder unter 25 und in Ausbildung  
 .....  m  w

**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