

## Meldung eines Todesfalls

### Arbeitgeber/-in

Firma	Vertragsnummer
-------	----------------

### Versicherte Person

Name	Vorname
------	---------

Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer
--------------	---------------------------

Strasse und Nummer	PLZ und Ort
--------------------	-------------

Datum des Todesfalls
----------------------

Zivilstand

<input type="checkbox"/> Ledig oder verwitwet	<input type="checkbox"/> Geschieden oder in aufgelöster Partnerschaft
---	---

<input type="checkbox"/> Verheiratet Datum	<input type="checkbox"/> Eingetragene Partnerschaft Datum
--	---

Bitte Kopie der amtlichen Todesurkunde beilegen.

### Ehemann/Ehefrau oder Lebenspartner/-in

Name	Vorname
------	---------

Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer
--------------	---------------------------

Strasse und Nummer	PLZ und Ort
--------------------	-------------

Telefon	E-Mail
---------	--------

Bitte Kopie des Familienbüchleins oder des Familienausweises beilegen.

### Kontaktperson (falls kein/e Ehemann/Ehefrau oder Lebenspartner/-in)

Name	Vorname
------	---------

Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer
--------------	---------------------------

Strasse und Nummer	PLZ und Ort
--------------------	-------------

Telefon privat	E-Mail
----------------	--------

Bitte Kopie der Vollmacht beilegen.

### Zahlungsverbindung Privatkonto

Name und Adresse der Bank
---------------------------

IBAN-Nummer
-------------

BIC/Swift-Code
----------------

Konto lautend auf
-------------------

Bitte Kopie der Bankkarte oder des Kontoauszugs lautend auf Ihren Namen/des Anspruchsberechtigten oder der Anspruchsberechtigten beilegen.

### Kind(er)

Kind 1

Name	Vorname
Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer
Strasse und Nummer	PLZ und Ort
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	

Kind 2

Name	Vorname
Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer
Strasse und Nummer	PLZ und Ort
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	

Kind 3

Name	Vorname
Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer
Strasse und Nummer	PLZ und Ort
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	

Bitte die Ausbildungsbestätigung/en (wenn in Ausbildung) beilegen.

### Unterschrift

Ort, Datum	Unterschrift <i>(Bitte Kopie eines amtlichen Ausweises (ID oder Pass) beilegen)</i>
------------	--

Previs Vorsorge  
Brückfeldstrasse 16  
Postfach  
CH-3001 Bern

Previs Vorsorge  
Brückfeldstrasse 16  
Postfach  
CH-3001 Bern