

Anrede: <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Geburtsdatum: _____
Name: _____	Vorname: _____
Strasse: _____	Hausnummer: _____
PLZ: _____	Ort: _____
Land: _____	Nationalität(en): _____
E-Mail: _____	Telefon: _____

(nachstehend «versicherte Person»)

1. Weitere Angaben

AHV-Nummer: _____ Versicherungsnummer.: _____

Verstorben am: _____

Behandelnder Arzt: _____

Adresse: _____

Todesursache: Krankheit Unfall Freitod Andere

Anzahl Kinder unter 21 Jahren: _____ von 21 bis 25 Jahren und in Ausbildung: _____

War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Todes arbeitsfähig? Ja Nein Wenn nein, seit wann? _____

2. Ansprechperson für die Auszahlung der Todesfalleistung

Anrede: Herr Frau

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

Hausnummer: _____

PLZ: _____

Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____


Beziehung zur versicherten Person: _____

3. Bemerkungen

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular per Post oder per E-Mail an:

Stiftung freie Vorsorge
Löwenstrasse 25
Postfach
8021 Zürich

E-Mail: info@freievorsorge.ch

Datum: _____	_____
	
Name: _____	Vorname: _____

