

Antrag auf Leistungen im Todesfall

Private Vorsorge

Verstorbene Person

Vorname	<input type="text"/>	Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet
Name	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Eingetragene Partnerschaft	
Strasse/Nr.	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> getrennt
PLZ/Ort	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> verwitwet	
Land	<input type="text"/>	Verwandte	<input type="checkbox"/> Ehegatte/Ehegattin	<input type="checkbox"/> Lebenspartner/in
Geburtsdatum	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Eingetragene Partnerschaft	
Policen-Nr.	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Kinder, Anzahl:	<input type="text"/>
Weitere Policen	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Geschwister

Todesfall

Todesfalldatum	<input type="text"/>	Todesursache	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall
			<input type="checkbox"/> Freitod	<input type="checkbox"/> Unbekannt

Beschreibung der Todesursache (falls bekannt)

Name, Adresse des Arztes/Spitals, welcher/welches den Tod festgestellt hat

Name, Adresse des Hausarztes

Name, Adresse eines weiteren behandelnden Arztes/Spitals

Ist der Tod durch Drittverschulden verursacht worden?

Ja Nein

Wenn ja, genauere Beschreibung



War die verstorbene Person vor dem Tod voll arbeits-, bzw. erwerbsunfähig?

Ja Nein

Wenn ja, seit wann

Bezog die verstorbene Person vor dem Tod Renten-/Taggeld-Leistungen folgender Versicherungsträger?

Ja Nein

Invalidenversicherung

Unfallversicherung

Krankentaggeldversicherung

Weitere private Vorsorge

Name, Adresse obligatorische Krankenversicherung vor dem Tod

Versicherten-Nr.

Ansprechperson

Vorname

Name

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Land

Handy-Nr.

E-Mail

Verwandte

Ehegatte/Ehegattin Lebenspartner/in

Eingetragene Partnerschaft Sohn/Tochter

Vater/Mutter Bruder/Schwester

Andere:

Korrespondenzsprache

Deutsch Französisch Italienisch

Wen sollen wir bezüglich der weiteren Bearbeitung des Todesfalles (Einforderung von Unterlagen etc.) kontaktieren?

Die Ansprechperson oben

Andere Person:

Vorname

Name

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefon-Nr.

Hinweis zum Datenschutz

Informationen zur Bearbeitung von Personendaten durch Pax finden sich in der Datenschutzerklärung unter www.pax.ch/datenschutz.

Sie verpflichten sich die betroffenen Personen über die Bekanntgabe ihrer Personendaten an Pax innert der gesetzlichen Frist zu informieren und ihnen die Datenschutzbestimmungen von Pax zur Kenntnis zu bringen.



.....

Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben gegenüber Pax.

Ort/Datum

Unterschrift

**Vorname/Name
in Blockschrift**

