

Antrag auf Leistungen im Todesfall

Private Vorsorge

Verstorbene Person

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

Todesfall

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

Verwandtschaftsgrad

Ehegatte/Ehegattin

Lebenspartner/in

Name

Sohn/Tochter

Vater/Mutter

Strasse/Nr.

Bruder/Schwester

eingetragene
Partnerschaft

PLZ/Ort

andere:

Land

Korrespondenz-
sprache

deutsch

französisch

italienisch

Mobile-Nr.

E-Mail

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

Die Ansprechperson oben

Andere Person (Vorname, Name, Adresse, Telefon)

Unterschrift

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

Ort/Datum

Unterschrift

Vorname/Name
in Blockschrift

