

# Meldung Todesfall

Vertrag Nr. /

**Arbeitgeber** Name und Adresse

Kontaktperson

E-Mail

Telefon

**Versicherte Person**

Name

Vorname

Versichertennummer

Strasse, PLZ und Ort

Geburtsdatum

Geschlecht

 m  w

Zivilstand

Anzahl Kinder unter 18

Anzahl Kinder unter 25 und in Ausbildung

**Todesfall** TodesdatumUrsache  Krankheit Unfall/BerufskrankheitWar 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**Pensionskasse Merlion  
Durchführungsstelle  
Postfach 300  
8401 Winterthur