

Kontakt: info@publica.ch
Telefon: +41 58 485 21 11

Pensionskasse des Bundes
PUBLICA
Eigerstrasse 57
3007 Bern

Anmeldung Hinterlassenenleistungen (Tod einer aktiv versicherten Person)

Todestag (zum Beispiel: 31/07/2008)	Anspruch auf Leistungen ab (wird von PUBLICA ausgefüllt)
-------------------------------------	--

1. Personalien der verstorbenen Person

Name	Vorname		Geburtsdatum
Strasse / Nr.	PLZ	Ort	
Kanton	Land		Heimatort
SV-Nr.	Personen-ID		Zivilstand

2. Ehegattenrente, Rente bei eingetragener Partnerschaft oder Lebenspartnerrente

Ehegattin oder Ehegatte: mit der verstorbenen Person verheiratet gewesen seit:

--

Eingetragene Partnerin oder eingetragener Partner: Partnerschaft eingetragen seit:

--

Lebenspartnerin oder Lebenspartner

Name	Vorname		Geburtsdatum
Strasse / Nr.	PLZ	Ort	
Kanton	Land		Heimatort
SV-Nr.	Zivilstand		E-Mail-Adresse
Telefon (Privat)		Mobile	
Nationalität 1		Nationalität 2	

Wurde PUBLICA zu Lebzeiten beider Partner ein Lebenspartnervertrag zugestellt?

- Ja
 Nein



Kapitalabfindung anstelle einer Rente (Achtung: Gilt nicht für alle Vorsorgewerke)

Falls Anspruch besteht auf eine Rente und es das massgebende Vorsorgereglement vorsieht: Wünscht die anspruchsberechtigte Person die Rente ganz oder teilweise als einmalige Kapitalabfindung zu beziehen?

- Ja
- Nein

Falls ja:

%	Teilbetrag von CHF
---	--------------------

3. Waisenrente/n

Name	Vorname	SV-Nr. oder Geburtsdatum
Adresse, sofern Kind eigenes Domizil hat		
Adresse und Name eines allfälligen Vormundes oder Beistandes (Kopie Ernennungsurkunde beilegen)		

Name	Vorname	SV-Nr. oder Geburtsdatum
Adresse, sofern Kind eigenes Domizil hat		
Adresse und Name eines allfälligen Vormundes oder Beistandes (Kopie Ernennungsurkunde beilegen)		

Name	Vorname	SV-Nr. oder Geburtsdatum
Adresse, sofern Kind eigenes Domizil hat		
Adresse und Name eines allfälligen Vormundes oder Beistandes (Kopie Ernennungsurkunde beilegen)		

Für Kinder, die zwischen 18 und 25 Jahre alt sind und sich noch in Ausbildung befinden oder die im Sinne des IVG zu mindestens 70 Prozent invalid sind, sind PUBLICA die Beilagen gemäss Ziffer 8 zuzustellen.



4. Todesfallkapital (gemäss den jeweiligen reglementarischen Bestimmungen)

Dieses Kapitel bitte nur auf ausdrückliches, nachträgliches Verlangen von PUBLICA ausfüllen.

4.1 Natürliche Person/en, welche von der versicherten Person in erheblichem Masse unterstützt worden ist/sind

- vorhanden
- nicht vorhanden

Name	Vorname			Geburtsdatum
Strasse / Nr.	PLZ	Ort	Kanton	Land

Name	Vorname			Geburtsdatum
Strasse / Nr.	PLZ	Ort	Kanton	Land

4.2 Person/en, die für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kinder aufkommen muss/müssen

- vorhanden
- nicht vorhanden

Name	Vorname			Geburtsdatum
Strasse / Nr.	PLZ	Ort	Kanton	Land

Name	Vorname			Geburtsdatum
Strasse / Nr.	PLZ	Ort	Kanton	Land

4.3 Kind/er der versicherten Person

- vorhanden
- nicht vorhanden

Name	Vorname			Geburtsdatum
Strasse / Nr.	PLZ	Ort	Kanton	Land

Name	Vorname			Geburtsdatum
Strasse / Nr.	PLZ	Ort	Kanton	Land



4.4 Eltern der versicherten Person

- vorhanden
- nicht vorhanden

Name	Vorname			Geburtsdatum
Strasse / Nr.	PLZ	Ort	Kanton	Land

Name	Vorname			Geburtsdatum
Strasse / Nr.	PLZ	Ort	Kanton	Land

Bezieht/beziehen diese Person/en von einer anderen Vorsorgeeinrichtung eine Ehegatten- oder Lebenspartnerrente?

- Ja
- Nein

Wenn ja, bitte Name/n dieser Person/en angeben:

Name	Vorname
Name	Vorname

5. Angaben zur Leistungsberechnung

Vorsorgewerk	Vorsorgeplan
--------------	--------------

Bis wann wird der Lohn ausbezahlt (einschliesslich Lohnfortzahlung bei Tod des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin)?

Bis zum

War die verstorbene Person vor ihrem Tod arbeitsunfähig?

- Ja
- Nein

Ist eine Anmeldung bei der Invalidenversicherung hängig?

- Ja
- Nein



6. Andere Sozialversicherungen

Stehen der/den hinterlassenen Person/en Ansprüche zu gegenüber:

der Alters- und Hinterlassenenversicherung nach AHVG (AHV)? Ja seit: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	der Invalidenversicherung nach IVG (IV)? Ja seit: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
der Unfallversicherung nach UVG (UV)? Ja seit: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	der Militärversicherung nach MVG (MV)? Ja seit: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
einer anderen Vorsorgeeinrichtung der 2. Säule? Ja seit: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	anderen (ausländischen) Sozialversicherungen? Ja seit: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja welche?	

7. Auszahlung der Leistungen

Name Bank oder Post / Ort	
IBAN-Nr. (zwingend angeben)	Lautend auf
SWIFT- / BIC-Nr. (nur bei Überweisung ins Ausland)	

Hinweise:

- **Die Auszahlung erfolgt ausschliesslich in Schweizer Franken.** Wünscht die anspruchsberechtigte Person bzw. wünschen die anspruchsberechtigten Personen eine Überweisung der Leistungen auf ein ausländisches Konto, werden ihr bzw. ihnen die mit dieser Überweisung zusammenhängenden Kosten belastet.
- PUBLICA kann die Auszahlung der Leistungen von einer Lebensbescheinigung abhängig machen.

8. Beilagen (Kopien genügen)

- Amtlicher Todesschein
- Familienbüchlein oder aktueller (nicht älter als drei Monate) Auszug aus dem Zivilstandsregister (in jedem Fall beizulegen)
- Aktuelle (nicht älter als drei Monate) Wohnsitzbescheinigung (in jedem Fall beizulegen)
- Die hinterlassene/n Person/en betreffenden Verfügungen der AHV, IV, UV, MV oder anderer (ausländischer) Sozialversicherungen
- Aktuelle Belege betreffend Weiterführung der beruflichen Ausbildung von Kindern, die über 18 Jahre alt sind
- IV-Entscheid für Kinder, die über 18 Jahre alt sind und im Sinne des IVG zu mindestens 70% invalid sind
- Ernennungsurkunde bei Vormundschaft oder Beistandschaft

9. Meldepflicht der anspruchsberechtigten Person/en (immer schriftlich)

- Jede Änderung der Wohn- und Zahladresse (innerhalb 10 Tagen)
- Zivilstandsänderungen
- Ende der Ausbildung von Kindern zwischen 18 und 25 Jahren, für die eine Waisenrente ausbezahlt wird
- Jede Revision der AHV, IV, UV, MV oder anderer (ausländischer) Sozialversicherungen
- Lebensbescheinigung (auf Verlangen von PUBLICA)



10. Beschaffung und Bekanntgabe von Daten

a) Die hinterlassene Person oder ihr/e Vertreter/in nimmt zur Kenntnis bzw. die hinterlassenen Personen oder ihre Vertreter/innen nehmen zur Kenntnis, dass PUBLICA bei den in Betracht fallenden Personen und Stellen (namentlich ärztlicher Dienst, Ärzte und Ärztinnen, öffentliche und private Versicherungen, Ämtern) diejenigen Daten einholen darf, die im Zusammenhang mit allfälligen Hinterlassenenleistungen erforderlich sind für die Festsetzung, Änderung oder Rückforderung von Leistungen, die Verhinderung ungerechtfertigter Bezüge und den Rückgriff auf haftpflichtige Dritte.

b) Die hinterlassene Person oder ihr/e Vertreter/in nimmt zur Kenntnis bzw. die hinterlassenen Personen oder ihre Vertreter/innen nehmen zur Kenntnis, dass PUBLICA den gemäss a) in Betracht fallenden Personen und Stellen auf schriftliche und begründete Anfrage diejenigen Daten bekannt geben darf, die im Zusammenhang mit allfälligen Hinterlassenenleistungen erforderlich sind für die Festsetzung, Änderung oder Rückforderung von Leistungen, die Verhinderung ungerechtfertigter Bezüge und den Rückgriff auf haftpflichtige Dritte.

11. Bestätigung der Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben

Die unterzeichnende/n Person/en und der Arbeitgeber bestätigen die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben auf diesem Formular. Entsteht PUBLICA durch unvollständige oder falsche Angaben ein Mehraufwand, so wird dieser dem Arbeitgeber in Rechnung gestellt. Wir weisen zudem darauf hin, dass allfällige zu Unrecht bezogene Leistungen samt Zins zurückerstattet werden müssen.

Der Arbeitgeber

Zuständige Person	Telefon-Nr.	E-Mail-Adresse
Anschrift und Adresse		
Ort, Datum	Stempel + Unterschrift	

Die hinterlassene/n Person/en oder deren Vertreter/in/nen

Ort, Datum	Stempel + Unterschrift
Ort, Datum	Stempel + Unterschrift
Ort, Datum	Stempel + Unterschrift

12. Bemerkungen



Dieses Zusatzblatt ist zusammen mit dem Formular «Anmeldung Hinterlassenenleistungen» auszufüllen

Name und Vorname der verstorbenen Person	SV-Nr.
--	--------

1. Verstarb die Person an den Folgen eines Unfalls?

- Ja
 Nein

Wenn ja:

Bezog die verstorbene Person ein Taggeld der UV oder MV?*		Bezog die verstorbene Person eine Rente der UV oder MV?*	
Ja	seit:	Nein	Ja
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	seit:
			<input type="checkbox"/>
Name, Adresse und Referenznummer der für den Unfall zuständigen Versicherung			

*** (bitte Kopie/n der Verfügung/en zustellen)**

Bitte Kopie der Unfallmeldung an die Unfall- bzw. an die Militärversicherung beilegen.

2. Handelt es sich um einen Haftpflichtfall?

- Ja
 Nein

Wenn ja:

Name und Adresse der schädigenden Person
Name, Adresse und Referenznummer der zuständigen Haftpflichtversicherung

Werden bzw. wurden bereits Leistungen von der Haftpflichtversicherung bzw. von der schädigenden Person bezogen?

- Ja
 Nein

Wenn ja:

Kapitalleistung von CHF <input type="checkbox"/>	ausbezahlt am:
Rente von CHF <input type="checkbox"/>	pro Monat seit:

Bitte Kopie/n allfälliger Leistungsvereinbarung/en beilegen.

Wenn nein:

Laufen entsprechende Verhandlungen mit der Haftpflichtversicherung bzw. der schädigenden Person?

- Ja
 Nein

3. Bemerkungen

--

