

Mein Name: _____

Wichtige Adressen

Ehegatte / Partner/in

Name _____
Adresse _____
Tel.-Nr. _____

Meine Vertrauensperson

Name _____
Adresse _____
Tel.-Nr. _____

Kinder

Name _____
Adresse _____
Tel.-Nr. _____

Name _____
Adresse _____
Tel.-Nr. _____

Name _____
Adresse _____
Tel.-Nr. _____

Name _____
Adresse _____
Tel.-Nr. _____

Geschwister

Name _____
Adresse _____
Tel.-Nr. _____

Name _____
Adresse _____
Tel.-Nr. _____

Name _____
Adresse _____
Tel.-Nr. _____

Name _____
Adresse _____
Tel.-Nr. _____

Mein Name: _____

Freunde und Freundinnen

Name _____
Adresse _____
Tel.-Nr. _____

Name _____
Adresse _____
Tel.-Nr. _____

Name _____
Adresse _____
Tel.-Nr. _____

Hausarzt / Hausärztin

Name _____
Adresse _____
Tel.-Nr. _____

Pfarrer/in

Name _____
Adresse _____
Tel.-Nr. _____

Krankenkasse

AHV Ausgleichskasse

Pensionskasse

Postcheck

Bank

Name _____
Adresse _____

Schliessfach ja nein

Auf dieser Bank hat folgende Person eine Vollmacht:

Name, Adresse

Name _____
Adresse _____

Schliessfach ja nein

Auf dieser Bank hat folgende Person eine Vollmacht:

Name, Adresse

Das Sterben gestalten – Wünsche an die Angehörigen

Mein Name: _____

Name _____

Adresse _____

Schliessfach ja nein

Auf dieser Bank hat folgende Person eine Vollmacht:

Name, Adresse

Hinweis: Die Vollmacht erlischt per Todestag. Arzt-, Spital- sowie Beerdigungskosten, d.h. Rechnungen, die den Verstorbenen betreffen, können trotzdem beglichen werden. Über die weiteren Vermögenswerte kann erst nach Testamentsvollstreckung verfügt werden.

Vermieter/in

Name _____

Adresse _____

Tel.-Nr. _____

Versicherungen (Hausrat-, Haftpflichtversicherung etc.)

Versicherungsart /

Vers.-Gesellschaft _____

(Ehemalige/r) Arbeitgeber:

(Ehemalige) Mitgliedschaften: Behördentätigkeiten, Vereine etc.

Bemerkungen / Ergänzungen zu den Adressen