

Meldung Todesfall

Arbeitgeber		Vertrags-Nr.	
--------------------	--	---------------------	--

Angaben über die versicherte Person

	☐ Herr	☐ Frau
Name		
Strasse		
Vers.-Nr.		
Eintrittsdatum		
Vorname		
PLZ, Ort		
Geburtsdatum		
Korr.-Sprache	☐ DE	☐ FR ☐ IT ☐ EN

Zivilstand	☐ ledig	☐ verheiratet	☐ getrennt	☐ geschieden	☐ verwitwet
------------	--------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------

Falls geschieden, bitte Kopie des Scheidungsurteils beilegen.

Todesfall

Verstorben am		Todesursache	
		☐ Krankheit	☐ Unfall

Bitte Kopie des amtlichen Todesscheins beilegen und bei Unfall oder Suizid UVG-Anmeldung machen.

Partner / in

	☐ Herr	☐ Frau
Name		
Strasse		
Telefon		
Vorname		
PLZ, Ort		
Vers.-Nr.		

Bitte Beleg für Partnerschaft (Kopie Familienbüchlein, Konkubinatsvertrag, etc.) beilegen.

Kontaktperson (falls nicht Partner / in)

	☐ Herr	☐ Frau
Name		
Strasse		
Telefon		
Vorname		
PLZ, Ort		
Verwandschaft		

Angaben Leistungsfall

Bestand vor dem Todesfall eine Arbeitsunfähigkeit	☐ Ja, seit		☐ Nein
---	-----------------------------------	--	-------------------------------

Kinder

Sofern noch nicht 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre.

Name	Vorname	Geburtsdatum

Bitte Ausbildungsbestätigungen beilegen.

Bemerkungen

Stempel und Unterschrift

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers