

Meldung Todesfall

Arbeitgeber

Vertrags-Nr.

Angaben über die versicherte Person

 Herr Frau

Name

Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Vers.-Nr.

Geburtsdatum

Korr.-Sprache D F I E

Eintrittsdatum

Zivilstand ledig verheiratet verwitwet geschieden Lebensgemeinschaft**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

Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

Vers.-Nr.

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

Kontaktperson (falls nicht Partner / in)

 Herr Frau

Name

Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

Verwandtschaft

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

Empty text area for remarks.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers