



## 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