

## Meldung Todesfall (durch Arbeitgeber auszufüllen)

Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Vertrag-Nr. \_\_\_\_\_

### Angaben zur versicherten Person

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ SV-Nr. 756. \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_ Zivilstandsdatum \_\_\_\_\_

Letzte Wohnadresse vor dem Tod \_\_\_\_\_

### Angaben zum Ehepartner/Lebenspartner oder Kontaktperson (falls nicht Ehepartner/Lebenspartner)

Ehepartner/Lebenspartner

Kontaktperson

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ SV-Nr. 756. \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

### Angaben zum Leistungsfall

Todesdatum \_\_\_\_\_ Todesort \_\_\_\_\_

Eintritt Betrieb \_\_\_\_\_ Austritt Betrieb \_\_\_\_\_

Todesursache  Krankheit  Unfall  Freitod

Art der Erkrankung bzw. Name UVG-Versicherer \_\_\_\_\_

Bestand vor dem Tode eine Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit?  ja, seit\* \_\_\_\_\_  nein

*\*Wenn ja, bitte Kopien allfälliger Arztzeugnisse und Taggeldabrechnungen beilegen*

Lohnfortzahlung/Lohnnachgenuss durch Betrieb bis (Datum) \_\_\_\_\_

### Bemerkungen

---

---

---

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift Arbeitgeber \_\_\_\_\_