

MELDUNG TODESFALL (Formular Arbeitgeber)

Seite 1: Auszufüllen durch Arbeitgeber der verstorbenen Person

BETRIEB

Firma _____ Postfach _____
 Kontaktperson _____ Strasse, Nr. _____
 Tel.-Nummer _____ PLZ, Ort _____
 E-Mail _____

VERSICHERTE PERSON (VP)

Name, Vorname _____ AHV-Nr. _____
 Geburtsdatum _____ (tt/mm/jjjj) Todesdatum _____ (tt/mm/jjjj)
Kopie Todesschein beilegen
 Geschlecht weiblich männlich Beschäftigungsgrad (BG) vor dem Tod _____ %
 Zivilstand verheiratet eingetragene Partnerschaft Verheiratet /eingetragene Partnerschaft
 ledig geschieden verwitwet seit _____ (tt/mm/jjjj)
 Konkubinat* *Partner zu Lebzeiten an VE gemeldet Ja Nein
 Letzte Wohnadresse vor dem Tod _____

Partner/in

Name, Vorname _____ Strasse, Nr. _____
 Geschlecht weiblich männlich PLZ, Ort _____
 Geburtsdatum _____ (tt/mm/jjjj) Tel.-Nummer _____

Kontaktperson (falls nicht Partner/in)

Name, Vorname _____ Strasse, Nr. _____
 Verwandtschaftsgrad _____ PLZ, Ort _____
 Tel.-Nummer _____

Kinder

Falls in Ausbildung: Ausbildungsbestätigung(en) beilegen
 1. Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ (tt/mm/jjjj) Geschlecht w m
 Wohnadresse _____
 2. Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ (tt/mm/jjjj) Geschlecht w m
 Wohnadresse _____
 3. Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ (tt/mm/jjjj) Geschlecht w m
 Wohnadresse _____

ANGABE LEISTUNGSFALL

Eintrittsdatum Betrieb _____ (tt/mm/jjjj) Austrittsdatum Betrieb _____ (tt/mm/jjjj)
 Todesursache Krankheit Diagnose _____
 Unfall Name UVG-Versicherer _____
 Unfallnummer (wenn vorhanden) _____
 Freitod Name UVG-Versicherer _____
 Unfallnummer (wenn vorhanden) _____
 Bestand vor dem Tod eine Arbeitsunfähigkeit? Ja*, seit _____ (tt/mm/jjjj) Nein

***Kopien allfälliger Taggeldabrechnungen beilegen**

Lohnnachgenuss gem. Art. 338 Abs. 2 OR (Lohnfortzahlung) durch Betrieb bis _____ (tt/mm/jjjj)

Ort, Datum: _____ Stempel, Unterschrift: _____

Meldung ausdrucken und inklusive Beilagen an Ihre Vorsorgeeinrichtung weiterleiten.