

Meldeformular Todesfall einer vers. Person / Rentnerin / Rentner

Arbeitgeber

Unternehmung	Unternehmungsnummer
--------------	---------------------

Versicherte Person / Rentnerin / Rentner

Name	Vorname
Strasse	Wohnort
Geburtsdatum	AHV-Nr. neu
Zivilstand	Heiratsdatum

Todestag des/der Versicherten				
Unfall	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Bitte Kopie der amtlichen Todesmeldung und des Familienausweises bzw. aktualisierten Familienbüchleins beilegen.

Personalien des überlebenden Ehepartners / Lebenspartner bei Ehe-ähnlicher Lebensgemeinschaft

Name	Vorname
Strasse	Wohnort
Geburtsdatum	AHV-Nr. neu
Telefon P	Telefon N

Hat die versicherte Person schulpflichtige Kinder oder Kinder in Ausbildung (bis 25. Altersjahr)?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
---	--------------------------	----	--------------------------	------

Beilagen	
Bemerkungen	
Versanddatum	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

