

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		
Todesursache (wenn bekannt)	<input type="radio"/> Krankheit	<input type="radio"/> Unfall

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="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
--	--------------------------	----------------------------

Beilagen

Bemerkungen

Versanddatum	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers
--------------	---

