

## Meldung Todesfall (Formular Arbeitgeber)

Auszufüllen durch Arbeitgeber der verstorbenen Person

**Betrieb** **AG-Nr.**

|               |                      |
|---------------|----------------------|
| Firma         | <input type="text"/> |
| Strasse, Nr.  | <input type="text"/> |
| PLZ, Ort      | <input type="text"/> |
| Kontaktperson | <input type="text"/> |
| Tel.-Nummer   | <input type="text"/> |
| E-Mail        | <input type="text"/> |

**Versicherte Person** **Pers.Nr.**

|   |                                      |  |  |
|---|--------------------------------------|--|--|
| Name, Vorname                               | <input type="text"/>                 |  |  |
| Sozialvers.Nr.                              | <input type="text"/>                 |  |  |
| Geburtsdatum                                | <input type="text"/>                 | Geschlecht                                     | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich    |
| Todesdatum                                  | <input type="text"/>                 |  |  |
| Letzte Wohnadresse vor Tod:<br>Strasse, Nr. | <input type="text"/>                 |  |  |
| PLZ, Ort                                    | <input type="text"/>                 |  |  |
| Zivilstand:                                 | <input type="checkbox"/> verheiratet | <input type="checkbox"/> eingetr.Partnerschaft | verheiratet/eingetr.Partnerschaft seit <input type="text"/>            |
|   | <input type="checkbox"/> ledig       | <input type="checkbox"/> geschieden            | <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Konkubinät |

### Partner/in

|                      |                             |                             |   |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| Name, Vorname        | <input type="text"/>        |                             |   |
| Geburtsdatum         | <input type="text"/>        | Geschlecht                  | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |
| Strasse, Nr.         | <input type="text"/>        |                             |   |
| PLZ, Ort             | <input type="text"/>        |                             |   |
| Tel.Nummer           | <input type="text"/>        |                             |   |
| E-Mail               | <input type="text"/>        |                             |   |
| Korrespondenzsprache | <input type="checkbox"/> de | <input type="checkbox"/> fr | <input type="checkbox"/> it   |

### Kontaktperson, falls nicht Partner/in (Vollmacht beilegen)

|                      |                             |                             |                             |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Name, Vorname        | <input type="text"/>        |                             |                             |
| Verwandtschaftsgrad  | <input type="text"/>        |                             |                             |
| Strasse, Nr.         | <input type="text"/>        |                             |                             |
| PLZ, Ort             | <input type="text"/>        |                             |                             |
| Tel.Nummer           | <input type="text"/>        |                             |                             |
| E-Mail               | <input type="text"/>        |                             |                             |
| Korrespondenzsprache | <input type="checkbox"/> de | <input type="checkbox"/> fr | <input type="checkbox"/> it |

**Kinder** (Falls in Ausbildung: Ausbildungsbestätigung beilegen. Falls invalid, bitte mit Stiftung Kontakt aufnehmen)

|                       |  |            |   |
|-----------------------|--|------------|---|
| Name, Vorname         |  |            |   |
| Geburtsdatum          |  | Geschlecht | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |
| Strasse, Nr./PLZ, Ort |  |            |   |
| Name, Vorname         |  |            |   |
| Geburtsdatum          |  | Geschlecht | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |
| Strasse, Nr./PLZ, Ort |  |            |   |
| Name, Vorname         |  |            |   |
| Geburtsdatum          |  | Geschlecht | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |
| Strasse, Nr./PLZ, Ort |  |            |   |
| Name, Vorname         |  |            |   |
| Geburtsdatum          |  | Geschlecht | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |
| Strasse, Nr./PLZ, Ort |  |            |   |

**Angaben Leistungsfall**

|  |   |                                   |  |
|--|---|-----------------------------------|--|
| Eintrittsdatum Betrieb   |   | Austrittsdatum                    |  |
| Lohnnachgenuss gem. Art. 338 Abs. 2 OR durch Betrieb bis   |   |                                   |  |
| Todesursache   | <input type="checkbox"/> Krankheit, Diagnose          |                                   |  |
|  | <input type="checkbox"/> Unfall, Name UVG-Versicherer |                                   |  |
|  | <input type="checkbox"/> Freitod                      |                                   |  |
| Bestand vor dem Tod eine Arbeitsunfähigkeit?   | <input type="checkbox"/> Nein                         | <input type="checkbox"/> Ja, seit |  |
| Name und Adresse des Arztes, der die verstorbene Person zuletzt behandelt hat / der den Tod festgestellt hat |   |                                   |  |

**Auszahladresse für Partner- und Waisenrenten**

|   |  |                             |
|---|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bankkonto-Nr. (IBAN-Nr.) | <input type="checkbox"/> Postkonto-Nr. |                             |
| lautend auf                                       |  |                             |
| Name/Adresse Bank                                 |  |                             |
| SWIFT-Code Bank (Auslandzahl.)                    |  |                             |
| Quellensteuerpflicht                              | <input type="checkbox"/> Nein          | <input type="checkbox"/> Ja |

**Anmerkungen**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

-----  
Ort, Datum

-----  
Stempel, Unterschrift

**Bitte immer beilegen:****Ämtlichen Todesschein. Bei Verheirateten zusätzlich: Auszug aus nachgetragendem Familienbüchlein / Familienausweis**