

Meldung Todesfall

Arbeitgeber

Firmenname _____ Vertrag Nr. _____

Versicherte Person

Name _____ Sozialversicherungsnr. 756. _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____ Zivilstand _____

PLZ/Ort _____ Beruf _____

Angaben zum Todesfall

Todesdatum _____

Jahreslohn vor dem Ableben* Fr. _____

Todesursache eine Krankheit ein Unfall andere Ursache

The claim was notified to Erwerbsausfallversicherung bei Krankheit Unfallversicherung

Versicherer _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Schadenfall Nr. _____

Details of the contact person

Name und Vorname _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Verhältnis zur verstorbenen Person _____

Anhänge

- Todesurkunde
- Abrechnungen Kranken- oder Unfalltaggeld
- Lehrvertrag oder Studienbestätigung für Waisen über 18 Jahre
- *Bei Stundenlohn sind die Lohnabrechnungen der letzten 12 Monate vor dem Ableben beizufügen

Anmerkungen

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers: