

ANGABEN ZUM ARBEITGEBER

FIRMA	KONTAKTPERSON
STRASSE	PLZ / ORT
TEL. NR.	E-MAIL
	VERTRAGSNUMMER

PERSONALIEN DER VERSICHERTEN PERSON (VP)

NAME	VORNAME
GEBURTSDATUM	AHV / SVN

ANGABEN ZUM EHEGATTEN/LEBENSPARTNER ODER ZUR KONTAKTPERSON

NAME	VORNAME
STRASSE	PLZ / ORT
TEL. NR.	E-MAIL
VERWANDTSCHAFTSGRAD	

ANGABEN ZUM TODESFALL

TODESURSACHE	KRANKHEIT	UNFALL*	FREITOD*	UNBEKANNT*
*UVG-VERSICHERER			REFERENZNUMMER	

ANGABEN ZUM ARBEITSVERHÄLTNIS

EINTRITT BETRIEB	AUSTRITT BETRIEB	
BESTAND VOR DEM TODE EINE ARBEITSUNFÄHIGKEIT? <i>*KOPIE ALLFÄLLIGER TAGGELDABRECHNUNGEN BEILEGEN</i>	JA*, SEIT	NEIN
LOHNFORTZAHLUNG	LOHNNACHGENUSS	DURCH BETRIEB BIS (DATUM)

BEMERKUNGEN

DIE FRAGEN SIND VOLLSTÄNDIG UND WAHRHEITSGETREU ZU BEANTWORTEN. VERSPÄTETE, UNWAHRE ODER UNVOLLSTÄNDIGE MELDUNGEN KÖNNEN ZU EINER REDUKTION ODER VERWEIGERUNG VON LEISTUNGEN FÜHREN.

ORT, DATUM:

UNTERSCHRIFT _____

DAS FORMULAR IST UMGEHEND "VERTRAULICH" ZU SENDEN AN