

Todesfallmeldung

Arbeitgeber

Firma _____ Vertrags-Nr. _____
Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____
Telefon _____ Kontaktperson _____

Versicherte Person

Name _____ Vorname _____
Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Geburtsdatum SV-Nr. _____ ☐ männlich ☐ weiblich

Zivilstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ In eingetragener Partnerschaft

☐ Konkubinat Partner zu Lebzeiten bei Profond angemeldet ☐ Ja ☐ Nein

☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ verwitwet aus eingetragener Partnerschaft

Letzte Wohnadresse _____

Eintritt in die Firma Todesdatum

Todesursache ☐ Krankheit -> Krankheitsart _____
☐ Unfall ☐ Suizid UVG-Versicherer _____

Bestand vor dem Tod eine Arbeitsunfähigkeit? ☐ Ja, seit ☐ Nein

Lohnfortzahlung/Lohnnachgenuss durch Betrieb bis Datum (Art. 338 OR)

Hinterlassene Personen

1. Angaben Partner/Partnerin

Name, Vorname _____ Geburtsdatum
Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

2. Angaben zu Kindern (bei Kindern über 18 Jahren evtl. aktuelle Ausbildungsbestätigung beilegen)

Name, Vorname _____ Geburtsdatum

Name, Vorname _____ Geburtsdatum

Name, Vorname _____ Geburtsdatum

3. Angaben zu einer Kontaktperson – falls nicht Partner oder Partnerin: z.B. die Eltern

Name, Vorname _____ Telefon _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Verwandtschaftsgrad/Beziehung zur verstorbenen Person _____

Bemerkungen

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers



Dokumente

Bitte legen Sie – sofern vorhanden – eine Kopie des Todesscheins und eine Kopie des Familienbüchleins bei.