

Todesfallmeldung

Arbeitgeber

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

Versicherte Person

Name _____ Vorname _____
Strasse/Nr. _____ PLZ _____ Ort _____
Geburtsdatum [] [] [] [] [] [] AHV-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.