

Meldeformular Todesfall einer vers. Person / Rentnerin / Rentner

Arbeitgeber

Unternehmung	Unternehmensnummer
--------------	--------------------

Versicherte Person / Rentnerin / Rentner

Name	Vorname
Strasse	Wohnort
Geburtsdatum	AHV-Nr. neu
Zivilstand	Heiratsdatum

Todestag des/der Versicherten

Bitte Kopie des Totenscheins/Familienbüchleins beilegen

Personalien des überlebenden Ehepartners / Lebenspartner bei Ehe-ähnlicher Lebensgemeinschaft

Name	Vorname
Strasse	Wohnort
Geburtsdatum	AHV-Nr. neu
Telefon P	Telefon N

Hat die versicherte Person schulpflichtige Kinder oder Kinder in Ausbildung (bis 25. Altersjahr) Ja Nein

Beilagen

Bemerkungen

Versanddatum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

