

Todesfallmeldung Arbeitgeber

Unternehmen

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort/Land

Geburtsdatum

SV-Nummer AAA 11 E

Zivilstand

ledig

verheiratet

geschieden

eingetragene Partnerschaft

aufgelöste Partnerschaft

verwitwet

Angaben zum Todesfall

Krankheit

Unfall/Berufskrankheit

Todesdatum

Kontaktperson

Strasse/PLZ/Ort

Telefon oder E-Mail

War der/die Verstorbene erwerbsunfähig?

ja

nein

Bemerkungen

Bitte Kopie der Todesurkunde (Formular 2.2.2) mitschicken sowie Kopien weiterer Unterlagen, sofern vorhanden.

Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber