

# Todesfallmeldung Kollektivleben

Name Arbeitgeber oder Vorsorgeeinrichtung: \_\_\_\_\_

## 1. Angaben über die versicherte verstorbene Person

Vertrags-Nr.

Versicherten-Nr.

Name

Vorname

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Zivilstand

ledig    verheiratet    verwitwet    geschieden    eingetragene Partnerschaft    Partnerschaft

Geburtsdatum: Tag   Monat   Jahr

  

Todesfalldatum: Tag   Monat   Jahr

  

Todesursache:

Krankheit    Unfall

War die verstorbene Person vor ihrem Tod drei Monate oder länger arbeits- bzw. erwerbsunfähig?    ja    nein

## 2. Arztadressen

Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik

---

---

---

Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik

---

---

---

## 3. Bemerkungen des Arbeitgebers

---

---

---

Ort

Datum: Tag   Monat   Jahr

  

**Senden**