

## ANGABEN ZUM ARBEITGEBER

FIRMA	KONTAKTPERSON
STRASSE	PLZ / ORT
TEL. NR.	E-MAIL
	VERTRAGSNUMMER

## PERSONALIEN DER VERSICHERTEN PERSON (VP)

NAME	VORNAME
GEBURTSDATUM	AHV / SVN

## ANGABEN ZUM EHEGATTEN/LEBENSPARTNER ODER ZUR KONTAKTPERSON

NAME	VORNAME
STRASSE	PLZ / ORT
TEL. NR.	E-MAIL
VERWANDTSCHAFTSGRAD	

## ANGABEN ZUM TODESFALL

TODESURSACHE	KRANKHEIT	UNFALL*	FREITOD*	UNBEKANNT*
*UVG-VERSICHERER			REFERENZNUMMER	

## ANGABEN ZUM ARBEITSVERHÄLTNIS

EINTRITT BETRIEB	AUSTRITT BETRIEB	
BESTAND VOR DEM TODE EINE ARBEITSUNFÄHIGKEIT? <i>*KOPIE ALLFÄLLIGER TAGGELDABRECHNUNGEN BEILEGEN</i>	JA*, SEIT	NEIN
LOHNFORTZAHLUNG	LOHNNACHGENUSS	DURCH BETRIEB BIS (DATUM)

## BEMERKUNGEN

DIE FRAGEN SIND VOLLSTÄNDIG UND WAHRHEITSGETREU ZU BEANTWORTEN. VERSPÄTETE, UNWAHRE ODER UNVOLLSTÄNDIGE MELDUNGEN KÖNNEN ZU EINER REDUKTION ODER VERWEIGERUNG VON LEISTUNGEN FÜHREN.

ORT, DATUM:

UNTERSCHRIFT \_\_\_\_\_

DAS FORMULAR IST UMGEHEND "VERTRAULICH" ZU SENDEN AN