

Versicherte Person

Name		Versicherungsnummer
Vorname		Geburtsdatum
Adresse		
PLZ / Ort		Sozialversicherungs-Nr.
Zivilstand		Heiratsdatum

Arbeitgeber/Unternehmung

Arbeitgeber	Telefon
Kontaktperson	E-Mail
Adresse	
PLZ / Ort	

Todesdatum des Versicherten

Unfall	Ja	Nein
---------------	-----------	-------------

Bitte Kopie der amtlichen Todesurkunde und des Familienausweises bzw. aktualisierten Familienbüchleins beilegen.

Personalien des überlebenden Ehepartners / Lebenspartner bei Ehe-ähnlicher Lebensgemeinschaft oder eingetragener Partnerschaft.

Name	Vorname
Adresse	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Sozialversicherungs-Nr.
Telefon	E-Mail

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

Ja (bitte Ausbildungsbestätigung beilegen!) Nein

Anspruchsberechtigte Kinder

Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Bemerkungen

Ort, Datum **X** Unterschrift

Meldeformular Todesfall

Mutmasslicher entgangener Lohn und weiterhin erzieltetes Einkommen

Name	Geburtsdatum
Vorname	Sozialversicherungs-Nr. 756.

Mutmasslich entgangener Jahreslohn	1)
Effektiver Jahreslohn	2)
Total Jahreslohn inkl. Garantien, nach Beschäftigungsgrad	3)
Variabler Lohn (Boni und Erfolgsbeteil., indiv. Lohnmassnahmen, usw.)	3)
Familienzulagen	4)
Anteil Treueprämie	5)
AHV-pflichtige Zulagen im letzten Jahr vor Beginn Arbeitsunfähigkeit	6)

Total CHF

- 1) Angaben der höchsten Werte zwischen Beginn Arbeitsunfähigkeit und Rentenbeginn
- 2) Total Jahreslohn inkl. Garantien, nach Beschäftigungsgrad
- 3) diese Lohnbestandteile werden ab erster Auszahlung immer versichert
- 4) Jahrestotal vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit
- 5) nach erfolgtem erstmaligen Bezug der Treueprämie wird die nächste zu erwartende Treueprämie bei Beendigung/Änderung des Anstellungsverhältnisses angerechnet. Der nächste zu erwartende Betrag ist durch 5 zu teilen und dem Beschäftigungsgrad anzupassen.
- 6) Total AHV-pflichtige Zulagen im letzten Jahr mit normaler, uneingeschränkter Erwerbstätigkeit vor Beginn des Leistungsanspruches, allenfalls auf 12 Monate aufgerechnet.

X

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber