



Todesfall

TF-Nr.

Meldung eines Todesfalles

Angaben zum Arbeitgeber

Firma-Nr.

Arbeitgeber

Strasse | Nr.

PLZ | Ort

Zuständige Person (HR)

Telefon-Nr.

E-Mail

Angaben zur verstorbenen Person

Sozialversicherungs-Nr.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

Zivilstand

Datum Heirat | Eingetragene Partnerschaft

Nationalität

Versicherungsbeginn

Lohnnachgenuss

Über Todestag hinaus bis und mit:
(Bitte genaues Datum angeben)

Höhe in % des letzten
Bruttolohnes

Zusätzliche Angaben

Todesdatum

Todesursache

☐

Krankheit

☐

Unfall*

☐

Suizid*

*Kopie der Unfallmeldung ist vom Arbeitgeber zwingend beizulegen

Bei Unfall

Meldung an die Unfall- oder Militärversicherung?

Ja

☐

Nein

☐

Anmeldedatum

Zuständiger Unfallversicherer angeben



Bemerkungen

Unterschrift Arbeitgeber

Ort | Datum

Stempel | Unterschrift Arbeitgeber

Mit der Unterschrift bestätigt der Arbeitgeber die Vollständig- und Richtigkeit der Angaben.