Meldung Todesfall

Arbeitgeber/-in

Firma: Vertrag-Nr.:

Strasse, Nr.: PLZ, Ort:

Kontaktperson: Telefon:

Versicherte Person

Vorname: Name:

Strasse, Nr.: PLZ, Ort:

Geburtsdatum: AHV-Nr.:

Geschlecht: ☐ w ☐ m

Zivilstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ registrierte Partnerschaft ☐ Konkubinat

Kontaktperson

☐ Ehepartner/-in ☐ Lebenspartner/-in ☐ Kontaktperson

Vorname: Name:

Strasse, Nr.: PLZ, Ort:

Telefon:

Korrespondenzsprache: ☐ Deutsch ☐ Französisch ☐ Italienisch

Leistungsfall

Todesdatum:

Eintritt Betrieb: Austritt Betrieb:

Todesursache: ☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Freitod

Art der Erkrankung respektive Name UVG-Versicherer:

Bestand vor dem Tod eine Arbeitsunfähigkeit? ☐ ja, seit ☐ nein

Lohnfortzahlung/Lohnnachgenuss durch Betrieb bis (Datum)

Bemerkungen:

Ort / Datum: Stempel und Unterschrift Arbeitgeber/-in

Dieses Formular ist umgehend mit dem Vermerk «Vertraulich» an unten stehende Adresse zu senden.

ÖKK325d/09.22

Wir sind gerne für Sie da.
ÖKK Berufliche Vorsorge, Comercialstrasse 23, 7000 Chur
Telefon 081 552 02 92, info@oekkbvg.ch

Die Versicherung mit gesundem Bündnerverstand.

ÖKK