

Meldung Todesfall (Formular Arbeitgeber)

Seite 1: Auszufüllen durch Arbeitgeber der verstorbenen Person

Betrieb

Firma	_____	Postfach	_____
Kontaktperson	_____	Strasse, Nr.	_____
Tel.-Nummer	_____	PLZ, Ort	_____
E-Mail	_____		

Versicherte Person (vP)

Name, Vorname	_____	AHV-Nr.	_____
Geburtsdatum	_____ (tt/mm/jjjj)	Todesdatum	_____ (tt/mm/jjjj)
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Kopie Todesschein beilegen	
Zivilstand	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Konkubinat*	Beschäftigungsgrad (BG) vor dem Tod	_____ %
		Verheiratet / eingetr. Partnerschaft seit	_____ (tt/mm/jjjj)
Letzte Wohnadresse vor dem Tod	_____		
		*Partner zu Lebzeiten an VE gemeldet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Partner/in

Name, Vorname	_____	Strasse, Nr.	_____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	PLZ, Ort	_____
Geburtsdatum	_____ (tt/mm/jjjj)	Tel.-Nummer	_____

Kontaktperson (falls nicht Partner/in)

Name, Vorname	_____	Kopie Vollmacht Vertreter beilegen	
Verwandtschaftsgrad	_____	Strasse, Nr.	_____
Tel.-Nummer	_____	PLZ, Ort	_____

Kinder

Falls in Ausbildung: Ausbildungsbestätigung(en) beilegen	
1. Name, Vorname	_____
Wohnadresse	_____
Geburtsdatum	_____ (tt/mm/jjjj) Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
2. Name, Vorname	_____
Wohnadresse	_____
Geburtsdatum	_____ (tt/mm/jjjj) Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
3. Name, Vorname	_____
Wohnadresse	_____
Geburtsdatum	_____ (tt/mm/jjjj) Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m

Angaben Leistungsfall

Eintrittsdatum Betrieb	_____ (tt/mm/jjjj)	Austrittsdatum Betrieb	_____ (tt/mm/jjjj)
Todesursache	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Freitod	Diagnose	_____
	Name UVG-Versicherer		_____
	Unfallnummer (wenn vorhanden)		_____
	Name UVG-Versicherer		_____
	Unfallnummer (wenn vorhanden)		_____
Bestand vor dem Tod eine Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> ja*, seit _____ (tt/mm/jjjj) <input type="checkbox"/> nein		
Wurde diese der IntegralStiftung gemeldet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Lohnnachgenuss gem. Art. 338 Abs. 2 OR (Lohnfortzahlung) durch Betrieb bis	_____ (tt/mm/jjjj)		

Ort, Datum _____ Stempel, Unterschrift _____

Meldung ausdrucken und inklusive Beilagen weiterleiten an: **IntegralStiftung**, Commercialstrasse 34, Postfach 286, 7007 Chur