



Todesfallmeldung

**Swiss Life AG
Unternehmen
Postfach
8022 Zürich**

Arbeitgeber	Firma	_____
	Vertrag	_____
	Versichertengruppe	_____

Arbeitnehmer	Name	_____
	Vorname	_____
	Versicherten-Nr.	756. _____
	Verstorben am	_____
	Zivilstand	Bitte auswählen! _____
	War der Verstorbene voll arbeitsfähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Kontaktperson	Bitte geben Sie uns bekannt, mit wem wir Kontakt aufnehmen können.	
	Name	_____
	Vorname	_____
	Strasse, Nr.	_____
	PLZ, Ort	_____
	Telefon Nr.	_____
	E-Mail-Adresse	@ _____
	In welchem Verhältnis steht die Kontaktperson zur verstorbenen Person?	_____

Hinweis	Bitte melden Sie uns allfällig noch ausstehende Mutationen schnellstmöglich.
----------------	---

Unterschrift

Arbeitgeber	_____	_____	_____
	Datum	Ort	Unterschrift

