

# ST. HEINRICH-STIFTUNG

PENSIONS-KASSE

## Meldung Todesfall (durch Arbeitgeber auszufüllen)

### Angaben zum Arbeitgeber

Firma	_____	Vertragsnummer	CH-00272.15.15.804-01
Strasse	_____	Kontaktperson	_____
PLZ / Ort	_____	Tel.-Nr.	_____
		E-Mail	_____

### Personalien der versicherten Person

Name	_____	Geschlecht	<input type="radio"/> Männlich	<input type="radio"/> Weiblich
Vorname	_____	Geburtsdatum	_____	
		Soz.Vers.Nr.	_____	
Zivilstand		<input type="radio"/> Verheiratet	<input type="radio"/> Geschieden	
		<input type="radio"/> Verwitwet	<input type="radio"/> Registrierte Partnerschaft	seit _____
		<input type="radio"/> Ledig	<input type="radio"/> Lebenspartnerschaft*	

*\* Partner zu Lebzeiten der Stiftung gemeldet*

Letzte Wohnadresse vor dem Tod \_\_\_\_\_

### Angaben zum Ehepartner / Lebenspartner oder zur Kontaktperson (falls nicht Ehepartner / Lebenspartner)

<input type="radio"/> Ehepartner / Lebenspartner		<input type="radio"/> Kontaktperson	
Name	_____	PLZ / Ort	_____
Vorname	_____	Tel.-Nr.	_____
Strasse	_____	E-Mail	_____
Verwandtschaftsgrad	_____		
Sprache Korrespondenz	<input type="radio"/> Deutsch	<input type="radio"/> Französisch	

**Bitte zweite Seite beachten!**

Meldung Todesfall (durch Arbeitgeber auszufüllen)

Versicherte Person: Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_ 1/2

# ST. HEINRICH-STIFTUNG

PENSIONS-KASSE

## Angaben zum Leistungsfall

Todesdatum \_\_\_\_\_

Todesort \_\_\_\_\_

Eintritt Betrieb \_\_\_\_\_

Austritt Betrieb \_\_\_\_\_

Todesursache

Krankheit     Unfall     Freitod

Art der Erkrankung resp. Name UVG-Versicherer \_\_\_\_\_

Bestand vor dem Tode eine Arbeitsunfähigkeit?     Ja, seit\* \_\_\_\_\_     Nein

*\* Wenn ja, Kopien allfälliger Taggeldabrechnungen beilegen*

Lohnfortzahlung / Lohnnachgenuss durch Betrieb bis (Datum) \_\_\_\_\_

## Bemerkungen

---

---

---

Das Formular ist umgehend "Vertraulich" zu senden an:

**St. Heinrich-Stiftung  
Isabelle Stähli,  
Dornacherstrasse 230, Postfach, 4018 Basel**

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift

---

---

Meldung Todesfall (durch Arbeitgeber auszufüllen)

Versicherte Person: Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_ 2/2