



# Meldung Todesfall

Vertrag Nr. /

**Arbeitgeber** Name und Adresse

Kontaktperson E-Mail-Adresse Telefon

**Versicherte Person**

Name Vorname Versichertennummer

Strasse PLZ und Ort Geburtsdatum

Zivilstand Anzahl Kinder unter 20 Anzahl Kinder unter 25 und in Ausbildung

**Todesfall** Todesdatum

Ursache  Krankheit

Unfall/Berufskrankheit

War die versicherte Person vor dem Tod länger als 3 Monate in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt?

Ja  Nein

**Kontaktperson**

Name Vorname

Strasse PLZ und Ort Telefon

Art der Beziehung zur verstorbenen Person E-Mail-Adresse

**Bemerkungen**

Ich wünsche telefonisch kontaktiert zu werden

**Meldende Person im Auftrag des Arbeitgebers**

Datum Name Vorname

E-Mail-Adresse

**Senden an** formsservice.bvg@axa.ch

oder an:  
AXA  
Postfach 300  
8401 Winterthur