

FORMULAR FÜR ARBEITGEBER

Austrittsmeldung infolge Todesfalls

Formular senden an: BVK, Obstgartenstrasse 21, Postfach, 8090 Zürich

Angaben zum
Arbeitgeber

Arbeitgeber:

Kontaktperson: (Vorname, Name)

E-Mail:

Vertrags-Nr.:

Telefon-Nr.:

Angaben zur
versicherten
Person

Name:

Sozialversicherungs-Nr.:

756.

Strasse/Nr.:

PLZ:

Wohnort:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresszusatz:

Personal-Nr.:

Angaben
zum Austritt

Datum des Todes:

Todesursache:

Dropdown-ListBei Unfall oder Suizid: Bitte Kopie der Unfall-
meldung UVG mit Anschrift und Referenz-Nr.
der Versicherung beilegen.

Datum des BVK-Austritts: (Ende Monat)

Lohnnachgenuss bis:

☐ Wir benötigen die Information zur Festsetzung des LohnnachgenussesAnsprechperson
seitens der
Hinterbliebenen

Name:

Strasse/Nr.:

PLZ:

Wohnort:

Private E-Mailadresse:

Vorname:

Adresszusatz:

Private Telefon-Nr.:

Beziehung/Verwandschaft:

Ort/Datum:

Stempel/Unterschrift Arbeitgeber: