Deklaration eines TÖDLICHEN ARBEITSUNFALLS oder eines

TODES AM ARBEITSPLATZ

Antragsfrist: Der Antrag wird beim SFTL innerhalb von drei Jahren ab dem Sterbedatum eingereicht.

## VOM ARBEITGEBER AUSZUFÜLLEN

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unternehmen: |  | |
| Straße und Hausnummer: |  | |
| Postleitzahl: | Gemeinde: | |
| Kontaktperson: |  | |
| Funktion: |  | |
| LSS-Nummer  (verpflichtet): | 083 -  - | |
| Telefonnummer: | Fax: | |
| E-mail: | | |
| Erklärt, dass der angegebene Arbeiter zum Zeitpunkt des Todes in seinem Unternehmen beschäftigt war und dass seine Tätigkeiten vorschriftsmäßig beim LSS unter der angegebenen LSS-Nummer angegeben wurden. | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Der Arbeitgeber erklärt, dass der Arbeiter verstorben ist: | infolge eines Arbeitsunfalls oder eines Unfalls auf dem Arbeitsweg, gemäß dem Gesetzes vom 10. April 1971 über die Arbeitsunfälle;  während der Ausführung seines Arbeitsvertrages oder auf dem Arbeitsweg, ohne unter dem Begriff « Arbeitsunfall », gemäß dem Gesetz vom 10. April 1971 zu fallen. | |
| INFORMATIONEN ÜBER DAS OPFER | |
| Name + Vorname: |  |
| Straße und Hausnummer: |  |
| Postleitzahl: | Gemeinde: |
| Geburtsdatum: | /  /  (tt/mm/jjjj) |
| Nationalregisternummer: | -  - |
| Zivilstand: | Nationalität: |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | . . / . . / . . . . (tt/mm/jjjj) |

Schreiben Sie nachfolgend   
"Für Ehrlich und richtig bescheinigt":

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Unterschrift:

**Firmenstempel:**



Firmenname: 

Name des Opfers: 

|  |  |
| --- | --- |
| UMSTANDE DES TODES: | |
| Todesort: |  |
| Land: |  |
| Straße und Hausnummer: |  |
| Postleitzahl: | Gemeinde: |
| Tag, Datum und Uhrzeit des Todes: | Tag:  Datum:  /  /  (tt/mm/jjjj) Uhr:  : |
| Todesursache: |  |
| Arzt, der den Tod festgestellt hat: |  |
| Straße und Hausnummer: |  |
| Postleitzahl: | Gemeinde: |

## VOM ANRECHTHABENDEN AUSZUFÜLLEN

 Name: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Vorname: . . . . . . . . . . . . .

Straße und Hausnummer: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Postleitzahl: . . . . . Gemeinde: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

IBAN BE IBAN BE ** -  -  - ** BIC ****

Erklärt, die Bestattungskosten für (Name und Vorname): . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . getragen zu haben.

Nachweis liegt er/sie dieser **Erklärung eine Kopie der Rechnung des Bestattungsinstitut** bei.

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | . . / . . / . . . . (tt/mm/jjjj) |

Schreiben Sie nachfolgend „Für Ehrlich und richtig bescheinigt ”: Unterschrift:

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Mit aufrichtiger Anteilnahme wünschen wir Ihnen viel Stärke für die Verarbeitung dieses Verlustes.**