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.**