

Notifica di decesso

Previdenza professionale

Datore di lavoro

N° contratto

N° assicurato

Dati relativi alla persona assicurata

Nome

Cognome

Via/n°

Stato civile

celibe/nubile

sposato/a

NPA/località

in unione domestica registrata

Data di nascita

divorziato/a

vedovo/a

N° AVS

Decesso

Data del decesso (si prega di allegare copia del certificato di morte)

Causa del decesso

Malattia

Infortunio o malattia professionale

In caso di infortunio o malattia professionale: Nome, indirizzo dell'assicuratore infortuni

Prima del decesso la persona defunta era completamente abile al lavoro, risp. al guadagno?

Sì

No

Se no, da quando

Il decesso è stato notificato a un'altra compagnia assicurativa svizzera o estera?

Sì

No

Assicuratore infortuni AVS/AI (AINF)

Assicurazione militare (AM)

Previdenza professionale (PP)

Altro:

Se sì: nome, indirizzo della compagnia di assicurazioni

Salario annuale della persona deceduta al momento del decesso, CHF

Data in cui finisce l'obbligo di continuazione del salario da parte del datore di lavoro



