

Comunicazione di decesso

Datore di lavoro

n° contratto

Indicazioni sulla persona assicurata

 Signor Signora

Cognome

Nome

Via

NPA, Località

n° assicurato

Data di nascita

Lingua di corrispondenza

 Te Fr It In

Data d'entrata

Stato civile celibe/nubile coniugato/a vedovo/a divorziato/a economia domestica comune

In caso di divorzio, si prega di allegare copia della sentenza di divorzio.

Decesso

Deceduto/a il

Causa del decesso

 Malattia Infortunio

Si prega di allegare copia del certificato di morte ufficiale e procedere all'iscrizione LAINF in caso di infortunio o suicidio.

Partner

 Signor Signora

Cognome

Nome

Via

NPA, Località

Telefono

n° assicurato

Si prega di allegare attestato dell'unione domestica (copia del libretto di famiglia, contratto di concubinato, ecc.).

Persona da contattare (se non è il/la partner)

 Signor Signora

Cognome

Nome

Via

NPA, Località

Telefono

Parentela

Indicazioni sul caso di prestazione

Prima del decesso sussisteva un'incapacità al lavoro

 Sì, dal No

Figli

Se di età ancora inferiore a 18 oppure in formazione fino a 25.

Cognome	Nome	Data di nascita

Osservazioni

Luogo, data

Timbro e firma del datore di lavoro