

Comunicazione di decesso

Datore di lavoro		n° contratto	
-------------------------	--	---------------------	--

Indicazioni sulla persona assicurata

	☐ Signor	☐ Signora	
Cognome		Nome	
Via		NPA, Località	
n° assicurato		Data di nascita	
Data d'entrata		Lingua di corrispondenza	☐ TE ☐ FR ☐ IT ☐ IN

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	
		☐ Maladie	☐ Accident

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 Enfants

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

Cognome	Nome	Data di nascita

Si prega di allegare i certificati di formazione.

Osservazioni**Timbro e firma**

Luogo, data

Timbro e firma del datore di lavoro