

Avviso di decesso

Dati personali

Cognome, nome dell'assicurato: _____

N° AVS: _____

Indirizzo: _____

CAP, luogo: _____

Datore di lavoro: _____ contratto N°: _____

Data del decesso (giorno, mese, anno): _____

Causa precisa del decesso: _____

Il decesso è dovuto ad un infortunio o è stato in relazione con un infortunio precedente? sì noSe sì, il decesso è stato annunciato all'assicurazione "infortuni"? sì no

Nome dell'assicurazione "infortuni": _____

Salario annuo di base, CHF: _____

Le prestazioni spettanti agli aventi diritto devono essere versate sul conto seguente

Nome e indirizzo della banca/CCP: _____

Numero del conto: _____

Titolare del conto: _____

Allegati

 Libretto di famiglia aggiornato Atto di decesso Elenco ufficiale degli eredi Certificato comprovante che gli orfani di più di 18 anni seguono una formazione professionale o scolastica In caso di divorzio, sentenza di divorzio

Luogo e data:

Timbro e firma del datore di lavoro: