

## Avviso di decesso

### Datore di lavoro

Ragione sociale: \_\_\_\_\_ N° di contratto.: \_\_\_\_\_

### Persona assicurata

Cognome: \_\_\_\_\_ N° assicurazione sociale: 756. \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Stato civile: \_\_\_\_\_

CAP/Luogo: \_\_\_\_\_ Professione: \_\_\_\_\_

### Dati del sinistro

Data del decesso: \_\_\_\_\_

Salario annuo prima del decesso \*: CHF \_\_\_\_\_

Il decesso è dovuto a: ☐ una malattia ☐ un infortunio ☐ un'altra causa

Il sinistro è stato notificato a: ☐ l'assicurazione perdita di guadagno malattia ☐ l'assicurazione infortuni

Assicuratore: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

CAP/Luogo: \_\_\_\_\_

N° di sinistro: \_\_\_\_\_

### Recapiti della persona di contatto

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

CAP/Luogo: \_\_\_\_\_

Relazione con il defunto: \_\_\_\_\_

### Allegati

- ☐ Atto di morte
- ☐ Conteggio delle indennità giornaliere malattia o infortunio
- ☐ Contratto di apprendistato o certificato di studi per gli orfani maggiorenni
- ☐ \*In caso di salario orario, accludere i conteggi del salario degli ultimi dodici mesi prima del decesso

### Osservazioni

---

---

---

**Luogo e data:**

**Timbro e firma del datore di lavoro:**