

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: