

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