

Comunicazione di decesso (impiegati temporanei)

Datore di lavoro**n° contratto**

Indicazioni sulla persona assicurata

☐ Signor ☐ Signora

Cognome

Via

n° assicurato

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.

Nome

NPA, Località

Data di nascita

Data d'entrata

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.

Rapporto di lavoro

Primo impiego

Ultimo impiego

☐ Iscrizione dal 1° giorno☐ Dopo 3 mesi☐ Con obbligo di assistenza☐ Volontario

Si prega di allegare copia del contratto di lavoro e del conteggio dettagliato dei salari.

Partner

☐ Signor ☐ Signora

Cognome

Via

Telefono

Nome

NPA, Località

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

Via

Telefono

Nome

NPA, Località

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