

Notifica di decesso

Datore di lavoro

Azienda _____ N. contratto _____
Via/N. _____ NPA/Località _____
Telefono _____ Persona di riferimento _____

Persona assicurata

Cognome _____ Nome _____ Telefono _____
Via/N. _____ NPA/Località _____
Data di nascita [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] N. AS _____ maschile femminile
Stato civile celibe/nubile coniugato/a unione domestica registrata
 concubinato partner notificato a Profond in vita Sì No
 divorziato/a vedovo/a vedovo/a da unione domestica registrata
Ultimo indirizzo di domicilio _____
Entrata in azienda [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Data del decesso [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Causa del decesso Malattia -> Tipo di malattia _____
 Infortunio Suicidio Assicuratore LAINF _____
Sussisteva un'incapacità lavorativa prima del decesso? Sì, dal [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] No
Proseguimento del pagamento del salario/godimento ulteriore del salario [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] (art. 338 CO) attraverso l'azienda fino al data _____

Superstiti

1. Dati del/della partner

Cognome, nome _____ Data di nascita [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Via/N. _____ NPA/Località _____

2. Dati dei figli (per i figli maggiori di 18 anni, allegare l'eventuale conferma di formazione attuale)

Cognome, nome _____ Data di nascita [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Cognome, nome _____ Data di nascita [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Cognome, nome _____ Data di nascita [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

3. Dati su una persona di contatto, se diversa dal/dalla partner: es. i genitori

Cognome, nome _____ Telefono _____
Via/N. _____ NPA/Località _____
Grado di parentela/relazione con la persona deceduta _____

Note

Luogo, data _____

Timbro e firma del datore di lavoro _____



Documenti

Si prega di allegare, se disponibile, una copia del certificato di morte e una copia del libretto di famiglia.