

Notifica di decesso

Datore di lavoro

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

Persona assicurata

Cognome _____ Nome _____
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.