

## NOTIFICA DI DECESSO (formulario datore di lavoro)

Pagina 1: da compilare dal datore di lavoro

### DATORE DI LAVORO

Impresa \_\_\_\_\_ Casella postale \_\_\_\_\_  
 Persona da contattare \_\_\_\_\_ Via, n° \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ NPA, località \_\_\_\_\_  
 E-Mail \_\_\_\_\_

### PERSONA ASSICURATA (PA)

Cognome, nome \_\_\_\_\_ N° AVS \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) Data del decesso \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)  
**Allegare copia dell'atto di decesso**  
 Sesso  femminile  maschile Grado di occupazione prima del decesso \_\_\_\_\_ %  
 Stato civile  coniugato/a  unione domestica registrata Coniugato/a / unione registrata  
 celibe/nubile  divorziato/a  vedovo/a al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)  
 concubinato\* \*Partner annunciato all'IP quando in vita  Sì  No  
 Ultimo indirizzo prima del decesso \_\_\_\_\_

### Partner

Nome, cognome \_\_\_\_\_ Via, n° \_\_\_\_\_  
 Sesso  femminile  maschile NPA, località \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) Telefono \_\_\_\_\_

### Persona di contatto (nel caso non fosse il partner)

Nome, cognome \_\_\_\_\_ Via, n° \_\_\_\_\_  
 Grado di parentela \_\_\_\_\_ NPA, località \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_

### Figli

**Se studi non terminati p.f. allegare copia del certificato**  
 1. Nome, cognome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) Sesso  f  m  
 Indirizzo \_\_\_\_\_  
 2. Nome, cognome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) Sesso  f  m  
 Indirizzo \_\_\_\_\_  
 3. Nome, cognome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) Sesso  f  m  
 Indirizzo \_\_\_\_\_

### INDICAZIONI SU UN'INCAPACITÀ DI GUADAGNO

Data dell'inizio del rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) Uscita dal servizio \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)  
 Causa del  Malattia Diagnosi \_\_\_\_\_  
 decesso  Infortunio Nome dell'assicurazione LAINF \_\_\_\_\_  
 No. infortunio (se disponibile) \_\_\_\_\_  
 Suicidio Nome dell'assicurazione LAINF \_\_\_\_\_  
 No. infortunio (se disponibile) \_\_\_\_\_  
 La persona assicurata era inabile al lavoro prima del decesso?  Sì \*, dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)  No

\* allegare copia notifica o conteggi indennità giornaliera

Termine del versamento del salario ai sensi dell'art. 338 CO da parte del datore di lavoro \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)  
 Località, data \_\_\_\_\_ Timbro, firma \_\_\_\_\_

**Stampare le pagine 1 e 2 e inviare insieme agli allegati al suo istituto di previdenza.**