

Comunicazione di decesso (impiegati temporanei)

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 Suicidio

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 Iscrizione dal 1° giorno Dopo 3 mesi

Ultimo impiego Con obbligo di assistenza Volontario

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

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