

Notifica di decesso

Azienda n.

Contratto n. /

Datore di lavoro Nome e indirizzo

Persona di contatto

Indirizzo e-mail

N. di telefono

Persona assicurata

Cognome

Nome

Numero AVS

Via, NPA e località

Data di nascita

Sesso

m f

Stato civile

Numero di figli d'età inferiore ai 18 anni

Numero di figli d'età inferiore ai 25 anni in corso di formazione

Caso di decesso Data del decesso

Causa Malattia

Infortunio/Malattia professionale

Prima del decesso la persona assicurata ha avuto una capacità lavorativa ridotta per più di tre mesi?

Sì No

Persona di contatto

Cognome

Nome

Via, NPA e località

Genere di rapporto con la persona deceduta

Reperibilità

Indirizzo e-mail privato

N. di telefono

Osservazioni

Firma

Data

Timbro e firma del datore di lavoro

Inviare a

vorsorgestiftung film und audiovision

Durchführungsstelle

Postfach 300

8401 Winterthur