

Notifica di decesso

1. Generalità della persona deceduta

Numero di assicurazione sociale

Cognome, nome

Via, n.

NPA, località

2. Data del decesso:

Causa del decesso:

Malattia

Infortunio

3. Superstiti

a) Coniuge / partner registrato

Sesso:

femminile

maschile

Numero di assicurazione sociale

Cognome, nome

Via, n.

NPA, località

Data del matrimonio / della registrazione dell'unione domestica

b) Figli

La persona defunta aveva figli di età inferiore ai 18 anni

SI

NO

La persona defunta aveva figli agli studi di età inferiore ai 25 anni

SI

NO

La persona defunta aveva figli invalidi ad almeno il 70%

SI

NO

In caso di risposta SÌ ad almeno una delle tre domande:

Cognome / nome, data di nascita
dei figli:

3. Superstiti (continuazione)

c) Persone assistite in misura considerevole dalla persona deceduta

Da compilare unicamente in assenza di aventi diritto in base ai punti 3a e/o 3b

Cognome / nome, data di nascita:

d) Altri superstiti aventi diritto

Da compilare unicamente in assenza di aventi diritto in base ai punti 3a - 3c

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| - Figli (senza diritto alla rendita per orfani in base al punto 3b) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Genitori della persona defunta | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Fratelli e sorelle della persona defunta | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Altre persone aventi diritto | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Cognome / nome, data di nascita,
grado di parentela:

4. Altre assicurazioni* (*p.f. allegare decisioni)

Gli eventuali aventi diritto hanno anche diritto alle prestazioni di

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| - assicurazione federale per la vecchiaia e i superstiti (AVS)? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - assicurazione infortuni?? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - assicurazione militare (AM)? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - altre?* | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

* Se Sì, quali?

--

Il decesso della persona assicurata è stato causato da terzi? SI NO

5. Continuazione del pagamento del salario

Fino a quando verrà versato il salario?

--

giorno/mese/anno

6. Versamento delle prestazioni

Si prega di allegare una polizza di versamento; se non fosse disponibile, compilare la parte sottostante. Versamenti su un conto di **banche all'estero** si eseguono esclusivamente se in possesso di un giustificativo della banca contenente tutte le indicazioni necessarie a tale riguardo (numero di conto, numero IBAN, codice Swift, indirizzo della banca).

Conto postale:

--

 Conto bancario:

--

Titolare:

--

Banca:

--

 Luogo:

--

N. clearing:

--

 N. IBAN:

--

Ai sensi delle disposizioni legali, la suddetta cassa pensione comunica le prestazioni erogate all'amministrazione federale delle contribuzioni.

7. Indirizzo di contatto

8. Autorizzazione e firma

Autorizzo e incarico tutte le istituzioni e assicurazioni a fornire alla cassa pensione summenzionata qualsiasi informazione necessaria (inclusi gli atti medici) a chiarire e verificare il diritto alle prestazioni.

--

Luogo / data

--

Firma

Da allegare al presente modulo:

- atto di morte ufficiale*
- certificato medico (originale)
- libretto di famiglia
- estratto attuale del registro dello stato civile della persona defunta*
- decisioni di assegnazione della rendita dell'AVS, dell'AI, dell'assicurazione militare (v. punto 4)*
- attestati di formazione per figli di età superiore ai 18 anni*
- decisione dell'AI per figli invalidi di età superiore ai 18 anni*
- attestazione degli obblighi della persona defunta verso persone a carico*
- certificato d'eredità ai sensi dell'art. 559 del CC (rilasciato dal comune di domicilio della persona defunta)
- permesso di soggiorno (libretto per stranieri) della persona avente diritto alle prestazioni*
- conferma di domicilio del comune di domicilio all'estero della persona avente diritto

* È sufficiente una fotocopia

I costi per la documentazione da allegare sono a carico degli aventi diritto.