

## 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

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

--