



## Notifica di decesso

da compilare a cura del datore di lavoro

Contratto n.

### Informazioni sul datore di lavoro

Ditta

  

Via, NPA, località

  

Persona da contattare

Telefono

### Dati della persona assicurata

Cognome / Nome

Numero AVS

Data di nascita

Sesso

femmina

maschio

Stato civile

nubile/celibe

coniugata/o

unione domestica reg.

divorziata/o

vedova/o

concubinato (partner comunicato a Loyalis quando era in vita)

ultimo domicilio prima del decesso

### Informazioni su coniuge/convivente o persona da contattare (se non coniuge/convivente)

Coniuge/convivente

Persona da contattare

Cognome / Nome

Telefono

Via

NPA, località

Lingua di corrispondenza

de

fr

it

### Informazioni sul sinistro oggetto di prestazione

Data del decesso

Ingresso in azienda

Uscita dall'azienda

Causa del decesso

malattia

infortunio

suicidio

Tipo di malattia ovvero nome assicuratore LAINF

Prima del decesso esisteva incapacità lavorativa?

sì, dal

no

Prosecuzione del salario/godimento ulteriore del salario da azienda fino al

Osservazioni:

  

Il modulo deve essere spedito immediatamente con posta «Riservata» a:

**Loyalis Fondazione collettiva LPP**  
**Servizio prestazioni**  
**Casella postale 527**  
**7004 Coira**

Luogo, data:

Timbro e firma del datore di lavoro: