

Notifica di decesso Foglio 1/2

da compilare a cura dei superstiti

Contratto n.

Informazioni sul datore di lavoro

Ditta

Via, NPA, località

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)

Informazioni sul coniuge/convivente

Cognome / Nome

Telefono

Via

NPA, località

Lingua di corrispondenza

de

fr

it

Informazioni sulla persona da contattare

(se non coniuge/convivente)

Cognome / Nome

Telefono

Via

NPA, località

Lingua di corrispondenza

de

fr

it

Informazioni sui figli

(minori di 18 anni ovvero minori di 25 anni e ancora nella formazione)

Cognome / Nome

Data di nascita

Evento

Data del decesso

Causa del decesso

Malattia: tipo di malattia

Infortunio: nome assicuratore LAINF

Suicidio: nome assicuratore LAINF



Notifica di decesso Foglio 2/2

da compilare a cura dei superstiti

**Dati della
persona
assicurata**

Cognome / Nome

Contratto n.

**Ufficio di
pagamento
per bonifico
prestazioni ai
superstiti**

Conto bancario

Nome della banca

Indirizzo

Titolare del conto

Conto n.

Clearing

IBAN

Conto corrente postale

Titolare del conto

Conto n.

Osservazioni:

Per favore allegare ulteriore documentazione:

copia del certificato di morte, copia del libretto di famiglia, copia della conferma della scuola

Rispondere alle domande in modo **completo e veritiero**, secondo scienza e coscienza. La notifica di un sinistro oggetto di prestazione deve essere fatta entro i termini stabiliti e in modo completo. Denunce fatte in ritardo, non vere o incomplete possono portare alla riduzione o al rifiuto della prestazione! Rimandiamo alle disposizioni del regolamento generale.

Procura: Il superstite autorizza tutte le persone e gli uffici di cui tener conto a fornire a Loyalis Fondazione collettiva e al suo riassicuratore le informazioni necessarie per la definizione della richiesta e la verifica del diritto alla prestazione.

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

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

Luogo, data:

Firma del superstite o del rappresentante: