Notifica di decesso

Datore di lavoro

Azienda: Contratto n.:

Via e n.: NPA e località:

Persona di contatto: Telefono:

Persona assicurata

Nome: Cognome:

Via e n.: NPA e località:

Data di nascita: N. AVS:

Sesso: ☐ f ☐ m

Stato civile: ☐ nubile/celibe ☐ coniugata/o ☐ divorziata/o ☐ vedova/o ☐ partner registrato ☐ concubinato

Persona di contatto

☐ Coniuge ☐ Partner ☐ Persona di contatto

Nome: Cognome:

Via e n.: NPA e località:

Telefono:

Lingua per la corrispondenza: ☐ tedesco ☐ francese ☐ italiano

Caso di prestazione

Data del decesso:

Entrata in azienda: Uscita dall'azienda:

Causa del decesso: ☐ malattia ☐ infortunio ☐ suicidio

Tipo di malattia e nome dell'assicuratore LAINF:

Prima del decesso era presente un'incapacità lavorativa? ☐ sì, da ☐ no

Pagamento continuato del salario/salario postumo da parte dell'azienda fino a (data)

Osservazioni:

Luogo e data: Timbro e firma del datore di lavoro

Il presente modulo va immediatamente inviato all'indirizzo sottostante e deve recare la nota «Confidenziale».

ÖKK325i/09.22

Siamo al suo fianco. Sempre.
ÖKK Previdenza professionale, Comercialstrasse 23, 7000 Coira
Telefono 081 552 02 92, info@oekkbvg.ch

L'assicurazione grigionese autentica.

ÖKK