

Notifica in caso di decesso da parte del datore di lavoro

Azienda

Cognome

Nome

Via

NPA/Luogo/Paese

Data di nascita

N. di assicurazione sociale 756.

Stato civile

celibe/nubile

coniugato/a

divorziato/a

unione domestica registrata

unione domestica sciolta

vedovo/a

Dati relativi al decesso

malattia

infortunio/malattia professionale

Data del decesso

Persona di contatto

Via/NPA/località

Telefono o e-mail

Incapacità di guadagno della persona deceduta?

sì

no

Osservazioni

Si prega di allegare una copia del certificato di morte (formulario 2.2.2) e copie di altri documenti se presenti.

Il presente documento è una traduzione. In caso di contestazione, fa fede la versione tedesca.

Data

Timbro e firma del datore di lavoro