

Notifica di decesso

Azienda n. _____
Contratto n. _____ / _____

Datore di lavoro Nome e indirizzo

Persona di contatto

Indirizzo e-mail

N. di telefono

Persona assicurata

Cognome

Nome

Numero AVS

Via, NPA e località

Data di nascita

Sesso

m f

Stato civile

Numero di figli d'età inferiore ai 18 anni

Numero di figli d'età inferiore ai 25 anni in corso di formazione

Caso di decesso Data del decesso

- Causa Malattia
 Infortunio/Malattia professionale
Prima del decesso la persona assicurata ha avuto una capacità lavorativa ridotta per più di tre mesi?
 Sì No

Persona di contatto

Cognome

Nome

Via, NPA e località

Genere di rapporto con la persona deceduta

Reperibilità

Indirizzo e-mail privato

N. di telefono

Osservazioni

Firma

Data

Timbro e firma del datore di lavoro

Inviare a **Vorsorgestiftung Film und Audiovision**
c/o Allvisa Services AG
Postfach
8027 Zürich