

Notifica di decesso

Datore/Datrice di lavoro

Ditta	Numero di contratto
-------	---------------------

Persona assicurata

Cognome	Nome
---------	------

Data di nascita	Numero di sicurezza sociale
-----------------	-----------------------------

Via e Numero	NPA e Località
--------------	----------------

Data del decesso

Stato civile

<input type="checkbox"/> Celibe/nubile o vedovo/a	<input type="checkbox"/> Divorziato/a o scioglimento unione domestica
---------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/> Coniugato/a Data	<input type="checkbox"/> Unione domestica registrata Data
----------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

Si prega di allegare una copia del certificato di morte ufficiale.

Marito/moglie o partner

Cognome	Nome
---------	------

Data di nascita	Numero di sicurezza sociale
-----------------	-----------------------------

Via e Numero	NPA e Località
--------------	----------------

Telefono	E-Mail
----------	--------

Si prega di allegare una copia del libretto di famiglia o del certificato di stato di famiglia.

Persona di riferimento (se non marito/moglie o il partner)

Cognome	Nome
---------	------

Data di nascita	Numero di sicurezza sociale
-----------------	-----------------------------

Via e Numero	NPA e Località
--------------	----------------

Telefono privato	E-Mail
------------------	--------

Si prega di allegare una copia della procura.

Coordinate di pagamento conto privato

Nome e indirizzo della banca

Numero IBAN

Codice BIC/Swift

Conto a nome di

Si prega di allegare una copia della carta bancaria o dell'estratto conto bancario a proprio nome/del nome del beneficiario/dei beneficiari.

Figli

Figli 1

Cognome	Nome
Data di nascita	Numero di sicurezza sociale
Via e Numero	NPA e Località
Sesso <input type="checkbox"/> femminile <input type="checkbox"/> maschile	

Figli 2

Cognome	Nome
Data di nascita	Numero di sicurezza sociale
Via e Numero	NPA e Località
Sesso <input type="checkbox"/> femminile <input type="checkbox"/> maschile	

Figli 3

Cognome	Nome
Data di nascita	Numero di sicurezza sociale
Via e Numero	NPA e Località
Sesso <input type="checkbox"/> femminile <input type="checkbox"/> maschile	

Allegare decisione AVS + conferma/e di formazione (se in formazione).

Firma

Luogo, Data	Firma <i>(Si prega di allegare una copia di un documento d'identità ufficiale (carta d'identità o passaporto))</i>
-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Previs Vorsorge
Brückfeldstrasse 16
Postfach
CH-3001 Bern

Previs Vorsorge
Brückfeldstrasse 16
Postfach
CH-3001 Bern