

Annuncio di un caso di decesso

Se muore una persona assicurata che dispone di un avere di vecchiaia presso la Cassa pensione GastroSocial, i superstiti aventi diritto ricevono una rendita e/o un capitale in caso di decesso.

Dati personali del defunto

Numero AVS:

Cognome, Nome:

Via, Numero:

NPA, Località:

Data di nascita:

Data del decesso (giorno, mese, anno):

Causa del decesso:

malattia

infortunio

Stato civile del defunto

Stato civile: celibe/nubile coniugato/a separato/a divorziato/a vedovo/a

partenariato registrato

partenariato sciolto

dal (data):

Persona da contattare

Numero AVS:

Cognome, Nome:

Via, Numero:

NPA, Località:

Telefono:

E-Mail:

Partner

coniuge

partner registrato

partner convivente annunciato a GastroSocial

Fino alla data del decesso vi è stata una convivenza ininterrotta nella stessa economia domestica?

Sì

No

Numero AVS:

Cognome, Nome:

Via, Numero:

NPA, Località:

Data di nascita:

Figli

La persona deceduta lascia dei figli di età inferiore ai 20 anni.

Sì No

La persona deceduta lascia dei figli in formazione di età inferiore ai 25 anni (è necessario un attestato di formazione).

Sì No

La persona deceduta lascia dei figli invalidi (minimo 70 % di invalidità).

Sì No

Cognome, Nome:	Data di nascita:	Numero AVS:	in formazione:
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Persone alle quali il defunto provvedeva in modo preponderante

Cognome, Nome:

Numero AVS:

Via, Numero:

NPA, Località:

Data di nascita:

Sussiste un accordo di mantenimento

Sì No

Altre persone aventi diritto

Genitori del defunto

Cognome, Nome del padre:

Numero AVS:

Via, Numero:

NPA, Località:

Data di nascita:

Stato civile: celibe coniugato separato divorziato vedovo
 partenariato registrato partenariato sciolto deceduto

dal (data):

Cognome, Nome della madre:

Numero AVS:

Via, Numero:

NPA, Località:

Data di nascita:

Stato civile: nubile coniugata separata divorziata vedova
 partenariato registrato partenariato sciolto deceduta

dal (data):

Ultimo datore di lavoro del defunto

Nome dell'esercizio:

Via, Numero:

NPA, Località:

Il rapporto di lavoro è durato dal: _____ al: _____

Durante questo periodo, c'è stata un'incapacità lavorativa immediatamente prima del decesso? Sì No

Se sì, si prega di indicare l'inizio dell'incapacità lavorativa:

Altre assicurazioni

Al momento del decesso il defunto riceveva prestazioni dalla cassa di disoccupazione? Sì No

È già stato annunciato un diritto a prestazioni LPP presso un altro istituto di previdenza? Sì No

Se sì, presso quale istituto?

È già stata depositata una domanda di prestazioni AVS o AI o è in sospeso?

Per il defunto Sì No

Per la persona avente diritto Sì No

Per figli, risp. orfani Sì No

A eventuali aventi diritto spettano prestazioni dalle seguenti assicurazioni?

Assicurazione vecchiaia e superstiti (AVS) Sì No

Assicurazione infortuni (LAINF) Sì No

Assicurazione militare (LAM) Sì No

Altre/Assicurazione di responsabilità civile (in caso di infortunio con colpa di terzi)

No

Sì (si prega di indicare i dati dell'assicurazione competente)

Assicurazione:

Indirizzo:

NPA, Località:

Numero della polizza:

Responsabile dell'infortunio:
