

Annuncio di un caso di decesso

Se muore un assicurato 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 dell'assicurato 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 dell'assicurato 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

L'assicurato defunto lascia figli sotto i 20 anni

Sì No

L'assicurato defunto lascia figli in formazione sotto i 25 anni (è necessario un attestato di formazione)

Sì No

L'assicurato defunto lascia 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 al cui sostentamento l'assicurato defunto provvedeva in misura notevole

Cognome, Nome:

Numero AVS:

Via, Numero:

NPA, Località:

Data di nascita:

Sussiste un accordo di mantenimento

Sì No

Altre persone aventi diritto

Genitori dell'assicurato 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 dell'assicurato 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, l'assicurato 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 l'assicurato 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:
