

## Avviso di decesso

\*Contratto n°: \_\_\_\_\_

\*Polizza n°: \_\_\_\_\_

\*Ditta: \_\_\_\_\_

Via, n°: \_\_\_\_\_

NPA, Luogo: \_\_\_\_\_

Per favore riempire le due pagine e firmare.

\*Data del decesso: \_\_\_\_\_

\*Trattasi di decesso per infortunio?  Sì  No

### 1 Dati della persona assicurata (da completare dal datore di lavoro)

\*Cognome: \_\_\_\_\_

\*Nome: \_\_\_\_\_

\*Via, n°: \_\_\_\_\_

\*NPA, Luogo: \_\_\_\_\_

Professione/Funzione: \_\_\_\_\_

\*Stato civile: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Entrata in servizio: \_\_\_\_\_

\*La persona defunta era in incapacità lavorativa risp. di guadagno prima del decesso?  Sì  No

\*Esistono diritti dovuti da altre istituzioni d'assicurazione?  Sì  No

Assicuratore infortuni: \_\_\_\_\_  Assicurazione militare

Altre assicurazioni (comprese le assicurazioni sociali estere): \_\_\_\_\_

### Assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti

Numero d'assicurazione sociale: \_\_\_\_\_

Notifica prevista, per il \_\_\_\_\_  Inoltro dell'avviso di decesso il \_\_\_\_\_

Cantone competente \_\_\_\_\_

Cassa di compensazione competente \_\_\_\_\_

### 2 Indicazioni a sostegno del diritto alle prestazioni in caso di decesso (beneficiari)

a) Vedova/Vedovo/Partner registrato

Cognome, Nome: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Via, n°: \_\_\_\_\_ NPA, Luogo: \_\_\_\_\_

b) Coniuge divorziato o partner di un'unione domestica sciolta (se il matrimonio o dell'unione domestica registrata con il defunto è durato più di 10 anni)

Cognome, Nome: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Via, n°: \_\_\_\_\_ NPA, Luogo: \_\_\_\_\_

c) Ci sono figli del defunto che possono vantare il diritto a prestazioni?

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Documentazione necessaria

Fotocopia del libretto di famiglia; per i figli che svolgono un apprendistato o proseguono i loro studi, e che hanno superato l'età limite di 18 anni, una dichiarazione del loro datore di lavoro rispettivamente dell'istituto scolastico.

d) Altri beneficiari conformemente al regolamento di previdenza (in mancanza dei beneficiari sotto le rubriche a–c):

---



---

Genere della prestazione: \_\_\_\_\_

**Documentazione necessaria**

	allegato	seguirà
■ *Atto di morte ufficiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ *Rapporto medico sulla causa del decesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ *Libretto di famiglia risp. documento sull'unione domestica di rendite per superstiti eventuali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Certificato di eredità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Eventualmente, sentenza di divorzio valida risp. sentenza valida sul scioglimento dell'unione domestica (per i beneficiari di un matrimonio precedente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ In caso di diritto alle prestazioni dell'Assicurazione contro gli infortuni o dell'assicurazione militare federale (decisioni dell'AVS e dell'Assicurazione contro gli infortuni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Altri documenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Luogo, data

\_\_\_\_\_  
Timbro, firma della ditta

**Osservazioni**

---



---



---



---

**La preghiamo di voler inviare il presente formulario all'indirizzo seguente:**  
Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni sulla Vita SA, casella postale 3855, 4002 Basilea