

Notifica di decesso**1. Dati personali**

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Via, n., NPA, località:

Sesso: femminile maschile

Numero AVS:

2. Data del decesso: **Causa del decesso:** Malattia Infortunio

3. Superstiti**a) Coniuge / partner registrato/ partner convivente confermare all'organo d'applicazione**

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Via, n., NPA, località:

Mobile:

Mail:

Sesso: femminile maschile

Data del matrimonio / della registrazione dell'unione domestica:

Numero AVS:

b) Coniuge divorziato/ partner registrato

Solo se il matrimonio è durato almeno dieci anni e gli è stata assegnata, al momento del divorzio, una rendita ai sensi dell'art. 124e cpv. 1 CC o ai sensi dell'art. 126 cpv. 1 CC.

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Via, n., NPA, località:

Mobile:

Mail:

Sesso: femminile maschile

Data del divorzio:

Numero AVS:

c) Figli

- La persona defunta aveva figli di età inferiore ai 18 anni Sì No
- La persona defunta aveva figli agli studi di età inferiore ai 25 anni Sì No
- La persona defunta aveva figli invalidi ad almeno il 70% Sì No

In caso di risposta "Sì" ad almeno una delle tre domande:

Cognome / nome, data di nascita dei figli:

d) Persone assistite in misura considerevole dalla persona deceduta

RDa compilare unicamente in assenza di aventi diritto in base ai punti 3a e/o 3b/ 3c

Cognome / nome, data di nascita:

e) Autres survivants ayants droit

Da compilare unicamente in assenza di aventi diritto in base ai punti 3a - 3d

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| - Figli (senza diritto alla rendita per orfani in base al punto 3c) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| - Genitori della persona defunta | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| - Fratelli e sorelle della persona defunta | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| - Altre persone aventi diritto | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

Cognome / nome, data di nascita, grado di parentela:

4. Altre assicurazioni* (**p.f. allegare decisioni*)

Gli eventuali aventi diritto hanno anche diritto alle prestazioni di

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| - assicurazione federale per la vecchiaia e i superstiti (AVS)? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| - assicurazione infortuni? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| - assicurazione militare (AM)? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| - altre? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

* Se Sì, quali?

Il decesso della persona assicurata è stato causato da terzi? Si No

5. Continuazione del pagamento del salario

Fino a quando verrà versato il salario?

--

giorno/ mese/ anno

6. Liquidazione in capitale

In luogo di una rendita per coniugi o per conviventi la / il coniuge / partner convivente superstite può richiedere una liquidazione in capitale.

La persona sottoscritta prende atto che

- lcon il versamento della liquidazione in capitale non sussistono ulteriori diritti nei confronti della cassa pensioni;
- la dichiarazione deve essere inoltrata per iscritto prima del versamento della prima rendita e a partire da quel momento è irrevocabile.

È richiesta una liquidazione in capitale? Si No

7. Versamento delle prestazioni

Si prega di allegare una polizza di versamento; se non fosse disponibile, compilare la parte sottostante.

Versamenti su un conto di banche all'estero si eseguono esclusivamente se in possesso di un giustificativo della banca contenente tutte le indicazioni necessarie a tale riguardo (numero di conto, numero IBAN, codice Swift, indirizzo della banca).

Conto postale:	<input type="text"/>	Conto bancario:	<input type="text"/>
Titolare:	<input type="text"/>		
Banca:	<input type="text"/>	Luogo:	<input type="text"/>
N. clearing:	<input type="text"/>	N. IBAN:	<input type="text"/>

Ai sensi delle disposizioni legali, la suddetta cassa pensione comunica le prestazioni erogate all'amministrazione federale delle Contribuzioni.

8. Indirizzo di contatto

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

9. Autorizzazione e firma

Autorizzo e incarico tutte le istituzioni e assicurazioni a fornire alla cassa pensione summenzionata qualsiasi informazione necessaria (inclusi gli atti medici) a chiarire e verificare il diritto alle prestazioni.

Luogo / data:

Firma:

Da allegare al presente modulo

- atto di morte ufficiale*
- certificato medico (originale)
- libretto di famiglia
- estratto attuale del registro dello stato civile della persona defunta*
- decisioni di assegnazione della rendita dell'AVS, dell'AI, dell'assicurazione militare (v. punto 4)*
- attestati di formazione per figli di età superiore ai 18 anni*
- decisione dell'AI per figli invalidi di età superiore ai 18 anni*
- attestazione degli obblighi della persona defunta verso persone a carico*
- certificato d'eredità ai sensi dell'art. 559 del CC (rilasciato dal comune di domicilio della persona defunta)
- permesso di soggiorno (libretto per stranieri) della persona avente diritto alle prestazioni*
- conferma di domicilio del comune di domicilio all'estero della persona avente diritto

* È sufficiente una fotocopia

I costi per la documentazione da allegare sono a carico degli aventi diritto.