

## Notifica di decesso (assicurazione vita collettiva)

Datore di lavoro o istituto di previdenza: \_\_\_\_\_

### 1. Informazioni sulla persona assicurata e deceduta

Numero di contratto

Numero assicurato/a

Cognome

Nome

Via

NPA/Domicilio

Stato civile

Celibe/Nubile    Sposato/a    Vedovo/a    Divorziato/a    Convivenza registrata    Convivenza

Data di nascita:   Giorno   Mese   Anno

  

Data del decesso:   Giorno   Mese   Anno

  

Causa del decesso:

Malattia    Infortunio

Esisteva un'incapacità lavorativa o al guadagno da oltre tre mesi prima del decesso?    Sì    No

### 2. Indirizzi dei medici

**Primo medico/ospedale consultato**

---

---

---

**Medico/ospedale successivo**

---

---

---

### 3. Ulteriori considerazioni

---

---

---

Luogo

Firma del datore di lavoro o dell'istituto di previdenza

(La sua firma è necessaria solo se ci invia questa notifica per posta)

Data:   Giorno   Mese   Anno

  

---

La preghiamo di inviare questa notifica direttamente a: Zurigo Svizzera, Prestazioni Vita collettiva, Casella Postale, 8085 Zurigo  
o la preghiamo di inviare questo formulario per posta elettronica a: **Leistungen\_KL\_Tod@zurich.ch**