



=> Vogliate inviare il modulo debitamente compilato e firmato corredato da tutti i documenti necessari a:

Fondazione istituto collettore
LPP Previdenza (LPP)
Casella postale
6501 Bellinzona

www.aeis.ch
Postfinance
BIC/SWIFT: POFICHBEXXX
IBAN: CH16 0900 0000 2549 6891 7

Tel. +41 91 610 24 24
Fax. +41 91 610 24 25
Orario d'ufficio Lun - Ven
08:00 - 12:00/ 13:30 - 17:00

Datore di lavoro:

No di adesione: Interlocutore:

Numero telefonico:

Notifica di decesso

Data del decesso:

Dati personali

Nuovo No AVS: **No AVS:**
(13 cifre) (11 cifre)

Cognome: Nome:

Sesso: M F Data di nascita:

Stato civile: celibe/nubile concubinato coniugato/a
 divorziato/a vedovo/a unione domestica registrata

Data del matrimonio, della registrazione dell'unione domestica o del divorzio:

Via, n.:

NPA: Luogo di domicilio:

Persona di contatto (ad es. coniuge, partner)

In futuro la Fondazione istituto collettore LPP dovrà rivolgersi direttamente ai superstiti? sì no

Cognome: Nome:

Sesso: M F Data di nascita:

Lingua: D F I

Via, No:

NPA: Luogo di domicilio:

Telefono: E-mail:



Datore di lavoro / No di adesione:

Persona assicurata:

Decesso

Causa esatta del decesso: Malattia Infortunio o malattia professionale

Descrizione esatta:

Se il decesso è da ricondurre a un infortunio, alle conseguenze di un precedente infortunio o a una malattia professionale, quest'ultimo/a è stato/a notificato/a all'assicuratore infortuni (LAINF)? sì no

Se sì quale?

Prima del decesso la persona defunta era incapace al lavoro o al guadagno? sì no

Se sì da quando?

La persona defunta è stata assicurata da più datori di lavoro? sì no

Se sì Nome:

Indirizzo:

Sussistono diritti da altri istituti assicurativi? (Assicuratore infortuni (LAINF), assicurazione militare (LAM) o altri assicuratori (ad es. assicuratori sociali esteri)) sì no

Se sì Nome:

Indirizzo:

La persona defunta ha trasmesso una clausola beneficiaria alla Fondazione? sì no

In caso affermativo, si prega di allegare una copia di tale clausola.

Un coniuge divorziato o un ex-partner registrato fa valere i propri diritti? sì no

In caso affermativo, si prega di allegare una copia della sentenza di divorzio e della decisione AVS.

Persona avente diritto

Cognome: Nome:

Sesso: M F Data di nascita:

Lingua: D F I

Via, No:

NPA: Luogo di domicilio:

Tipo di diritto:

Figli superstiti della persona defunta

Figli minorenni o in formazione?

Cognome: Nome: Data di nascita:

.....

.....

.....



Datore di lavoro / No di adesione:

Persona assicurata:

Altri aventi diritto conformemente al regolamento di previdenza

Cognome: Nome:

Sesso: M F Data di nascita:

Lingua: D F I

Via, No:

NPA: Luogo di domicilio:

Tipo di diritto:

Relazione bancaria, di pagamento

Le rendite pagabili vanno versate sul seguente conto:

Banca Posta Conto No:

IBAN (indispensabile):

Banca (nome, NPA, località, stato):

SWIFT/BIC (per l'estero): Clearing:

Nome del titolare del conto:
(cognome, nome)

Indirizzo:

NPA: Località:

Imposta alla fonte

La persona avente diritto è soggetta all'imposta alla fonte? sì no

Se sì qual è il No SIMIC del documento?
(n. sistema d'informazione centrale sulla migrazione ovvero n. di registro centrale degli stranieri)

La persona avente diritto è lavoratore frontaliere? sì no

Se sì, di quale cittadinanza?

Germania Francia Italia Austria Liechtenstein

Osservazioni:

.....
.....

.....
Luogo

.....
Data

.....
Timbro e firma del datore di lavoro



Datore di lavoro / No di adesione:

Persona assicurata:

Allegati:

Certificato di morte ufficiale ed elenco degli eredi ufficiale in caso di decesso di una persona non sposata o non registrata	<input type="checkbox"/> obbligatorio	
Certificato di famiglia aggiornato in caso di decesso di una persona sposata / in unione domestica registrata	<input type="checkbox"/> obbligatorio	
Conferma riguardante apprendistato o scuola con dati relativi alla durata prevista della formazione nel caso di orfani in formazione di età superiore ai 18 o ai 20 anni (in vista del pagamento della rendita per orfani dopo l'età termine regolamentare)	<input type="checkbox"/> allegato	<input type="checkbox"/> segue
Clausola beneficiaria, se trasmessa alla Fondazione	<input type="checkbox"/> allegato	<input type="checkbox"/> segue
Sentenza di divorzio, attestazione di forza di giudicato e decisione AVS (per aventi diritto di precedenti matrimoni / unioni domestiche registrate)	<input type="checkbox"/> allegato	<input type="checkbox"/> segue
Decisione dell'AVS, dell'assicuratore infortuni o dell'assicurazione militare (in caso di obbligo di prestazione dell'assicurazione infortuni o militare)	<input type="checkbox"/> allegato	<input type="checkbox"/> segue
.....	<input type="checkbox"/> allegato	<input type="checkbox"/> segue
.....	<input type="checkbox"/> allegato	<input type="checkbox"/> segue
.....	<input type="checkbox"/> allegato	<input type="checkbox"/> segue
.....	<input type="checkbox"/> allegato	<input type="checkbox"/> segue