GASTROSOCIAL

Annuncio di un caso di decesso (per le prestazioni per superstiti della cassa pensione)

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 Diagnosi:

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

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

FOR | 0025-it | 1123 | ISO 9001 | GoodPriv@cy

GastroSocial | Pensionskasse | Caisse de pension | Cassa pensione
Buchserstrasse 1 | Postfach | 5001 Aarau | T 062 837 71 71 | F 062 837 72 97
info@gastrosocial.ch | gastrosocial.ch
Institution GastroSuisse

GASTROSOCIAL

Cognome, Nome:	Data di nascita:	Numero AVS:	in formazione:
			☐ Sì ☐ No
			☐ Sì ☐ No
			☐ Sì ☐ No
			☐ Sì ☐ No
			☐ Sì ☐ No
			☐ Sì ☐ 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):

FOR | 0025-it | 1123 | ISO 9001 | GoodPriv@cy

GASTROSOCIAL

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:

L'incapacità lavorativa è **stata continua** fino alla morte? ☐ Sì ☐ No

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:

FOR | 0025-it | 1123 | ISO 9001 | GoodPriv@cy

GastroSocial | Pensionskasse | Caisse de pension | Cassa pensione
Buchserstrasse 1 | Postfach | 5001 Aarau | T 062 837 71 71 | F 062 837 72 97
info@gastrosocial.ch | gastrosocial.ch

GASTROSOCIAL

Indirizzo di pagamento della persona avente diritto

Si prega di allegare una polizza di versamento o di indicare l'indirizzo esatto e completo.

Numero IBAN:

Nome, Indirizzo del titolare del conto:

Conto postale/bancario:

Nome, Indirizzo della banca (senza abbreviazioni):

Code BIC/SWIFT (obbligatorio per pagamenti all'estero):

Autorizzazione e firma della persona avente diritto

Autorizzo la Cassa pensione GastroSocial a raccogliere tutte le informazioni necessarie per l'esame del diritto alle prestazioni e a consultare la documentazione medica. Questa procura è valida sia per i medici, gli uffici amministrativi, le casse malati, le assicurazioni pubbliche e private o gli istituti di assistenza sociale, gli uffici AVS/AI come pure in relazione a terzi per quanto concerne eventuali risarcimenti danni da parte di assicurazioni legate al caso.

Cognome, Nome (in stampatello):

Luogo e data **Firma**

Cosa succede adesso?

Non appena riceveremo la documentazione, la analizzeremo in dettaglio.
Qualora mancasse qualche documento di cui abbiamo bisogno, vi contatteremo entro i prossimi 10 giorni.
Se invece avremo a disposizione tutta la documentazione necessaria, vi comunicheremo la nostra decisione sulla prestazione entro 30 giorni.

FOR | 0025-it | 1123 | ISO 9001 | GoodPriv@cy

GastroSocial | Pensionskasse | Caisse de pension | Cassa pensione
Buchserstrasse 1 | Postfach | 5001 Aarau | T 062 837 71 71 | F 062 837 72 97
info@gastrosocial.ch | gastrosocial.ch