



# Notifica di decesso

Contratto n. /

**Datore di lavoro** Nome e indirizzo

Persona di contatto

Indirizzo e-mail

Telefono

**Persona assicurata**

Cognome

Nome

Numero d'assicurato

Via

NPA e località

Data di nascita

Stato civile

Numero di figli d'età inferiore ai 20 anni

Numero di figli d'età inferiore ai 25 anni in corso di formazione

**Caso di decesso** Data del decesso

Causa  Malattia

Infortunio/Malattia professionale

Prima del decesso la persona assicurata ha avuto una capacità lavorativa ridotta per più di tre mesi?

Sì  No

**Persona di contatto**

Cognome

Nome

Via

NPA e località

Telefono

Genere di rapporto con la persona deceduta

Indirizzo e-mail

**Osservazioni**

Desidero essere contattato telefonicamente

**Notificante su incarico del datore di lavoro**

Data

Cognome

Nome

Indirizzo e-mail

**Inviare a** formsservice.bvg@axa.ch

oppure a:  
AXA  
Postfach 300  
8401 Winterthur