

DOMANDA PER ASSEGNO FUNERARIO PER DECESSO DEL LAVORATORE



Termine di presentazione: **entro giugno dell'anno successivo alla data dell'evento**

Cognome nome
nato/a a il residente a
via e n. civico CAP Prov.
e-mail cell.

Allegare: copia certificato di morte, dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, copia stato di famiglia, eventuale delega per l'incasso del contributo Cassa Edile, se figli minori dichiarazione del giudice tutelare

PRESTO IL CONSENSO ED AUTORIZZO la Cassa Edile al trattamento dei dati identificativi e cosiddetti sensibili (malattia, infortunio, ecc.), raccolti per le finalità riportate nell'[informativa sul Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati \(GDPR\)](#), relativi ai componenti il mio nucleo familiare, dichiarando di essere stato da questi preventivamente autorizzato o di esercitarne la rappresentanza (consenso obbligatorio, in difetto non potrà essere accettata la domanda di prestazione per familiari).

SI NO Data **Firma del/la richiedente**

Data Firma del/la richiedente

An die Bauarbeiterkasse der Autonomen Provinz Bozen
Marconistrasse 2 - 39100 Bozen - Fax 0471 305 045 - E-Mail: arbeiter@bauarbeiterkasse.bz.it

ANSUCHEN FÜR STERBEGELD BEIM TOD DES ARBEITNEHMERS



Einreichetermin: **innerhalb Juni des darauffolgenden Jahres ab Ereignis**

Nachname Name
geboren in am wohnhaft in
Straße u. Hausnummer PLZ Prov.
E-Mail Handy

Beizulegen: Kopie der Todesurkunde, Ersatzerklärung des Notariatsaktes, Kopie des Familienbogens, ev. Vollmacht zum Inkasso des Beitrages der Bauarbeiterkasse, bei minderjährigen Kindern Erklärung des Vormundschaftsrichters

ICH ERTEILE DIE EINWILLIGUNG UND ERMÄCHTIGE die Verarbeitung der Identifizierungsdaten und der sogenannten sensiblen Daten (Krankheit, Unfall, etc.), die von der Bauarbeiterkasse zu den in der [Information zur Datenschutzgrundverordnung \(DSGVO\)](#) angegebenen Zwecken erhoben werden, meiner Familienangehörigen und erkläre, von diesen vorab dazu ermächtigt worden zu sein, bzw. deren gesetzlicher Vormund zu sein (obligatorische Einwilligung; in Ermangelung dieser Einwilligung kann das Leistungsansuchen für Familienangehörige nicht angenommen werden).

JA NEIN Datum **Unterschrift des/der Antragsstellers/in**

Datum Unterschrift des/der Antragsstellers/in