



Certificato medico in caso di decesso

Da compilare dal medico curante:

1. Persona assicurata

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____ Data del decesso: _____

No AVS: _____

Via e numero: _____

NPA, Luogo: _____

2. Attestazione della causa del decesso

Malattia Infortunio Causa violenta/Suicidio

Descrizione esatta:

.....
.....
.....
.....

Se malattia: l'assicurato era inabile al lavoro prima del decesso?

Sì No

Se sì, per quale motivo?

.....
.....

Grado dell'incapacità lavorativa:% dal.....



Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Fondation institution supplétive LPP
Fondazione istituto collettore LPP

Luogo e data, timbro e firma del medico:

.....

Voglia per favore allegare una nota d'onorario o una polizza di versamento già compilata.



Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Fondation institution supplétive LPP
Fondazione istituto collettore LPP

Confidenziale

Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Previdenza LPP
Elias-Canetti-Strasse 2
Postfach
8050 Zürich

Confidenziale

Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Previdenza LPP
Elias-Canetti-Strasse 2
Postfach
8050 Zürich

Vi preghiamo di allegare la presente copertina alla documentazione che ci rispedisce. Grazie!

Per la restituzione dei vostri documenti non utilizzate graffette, punti metallici o nastro adesivo.

