



Certificato medico in caso di decesso

1. Persona assicurata

Da compilare dal medico curante:

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.....

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

Fondazione istituto collettore LPP
Previdenza LPP
Elias-Canetti-Strasse 2
Casella postale
8050 Zurigo
SWITZERLAND

Confidenziale

Fondazione istituto collettore LPP
Previdenza LPP
Elias-Canetti-Strasse 2
Casella postale
8050 Zurigo
SWITZERLAND

Previdenza LPP

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

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

