



## 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**

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

**Confidenziale**

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

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.

