

Notifica di decesso (assicurazione vita collettiva)

Datore di lavoro o istituto di previdenza: _____

1. Informazioni sulla persona assicurata e deceduta

Numero di contratto

Numero assicurato/a

Cognome

Nome

Via

NPA/Domicilio

Stato civile

Celibe/Nubile Sposato/a Vedovo/a Divorziato/a Convivenza registrata Convivenza

Data di nascita: Giorno Mese Anno

Data del decesso: Giorno Mese Anno

Causa del decesso:

Malattia Infortunio

Esisteva un'incapacità lavorativa o al guadagno da oltre tre mesi prima del decesso? Sì No

2. Indirizzi dei medici

Primo medico/ospedale consultato

Medico/ospedale successivo

3. Ulteriori considerazioni

Luogo

Data: Giorno Mese Anno

Invia