

Rapporto medico sulla causa del decesso

Previdenza privata

1. Persona assicurata

Nome	<input type="text"/>	Cognome	<input type="text"/>
Via/n°	<input type="text"/>	NPA/località	<input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/>	N° polizza	<input type="text"/>

2. Domande generali

2.1 Quando è avvenuto il decesso?

Data	Ora
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.2 Qual è la causa primaria del decesso (patologia e/o lesione principale)?

2.3 Qual è la causa secondaria del decesso (patologia secondaria e/o lesione)?

2.4 La persona defunta fumava?

Sì No

(Fumare comprende il fumo di tutte le sostanze voluttuarie e stupefacenti, in particolare di sigarette, sigarette elettroniche, sigari e pipe).

ignoto

Se sì, in quale periodo?

2.5 Il decesso è stato causato da suicidio?

Sì No

2.6 È stata disposta un'autopsia?

Sì No

Se sì, dove e da chi è stata o sarà eseguita?



2.7 La causa del decesso è incerta? Sì No

2.8 Il decesso è stato causato da un reato? Sì No

2.9 È stata avviata un'indagine ufficiale? Sì No

Se sì, nome/indirizzo autorità inquirente competente

[Empty text input field]

.....
3. Decesso in seguito a malattia

3.1 Quando è stata trattata la persona defunta la prima volta per la sua patologia di base?

Data

[Empty date input field]

Nomi/indirizzi medici curanti

[Empty text input field]

[Empty text input field]

[Empty text input field]

3.2 Quando è stata trattata la persona defunta la prima volta per la sua patologia seguente?

Data

[Empty date input field]

Nomi/indirizzi medici curanti

[Empty text input field]

[Empty text input field]

[Empty text input field]

3.3 La persona defunta soffriva anche di altre patologie? Sì No

Se sì, di quali e da quando?

[Empty text input field]

[Empty text input field]

[Empty text input field]

Nomi/indirizzi medici curanti

[Empty text input field]

[Empty text input field]

[Empty text input field]



.....
4. Decesso in seguito a infortunio

4.1 La persona defunta era completamente sana e abile al lavoro al momento dell'infortunio? Sì No

Se no, da quali patologie era affetta e da quando?

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

4.2 Si è trattato di un incidente stradale? Sì No

Se no, di quale tipo d'infortunio si è trattato?

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

Se sì, posto di polizia competente

4.3 È intervenuta la polizia? Sì No

.....

.....
5. Invalidità

4.2 E' stata presentata prima del decesso una domanda di rilevamento tempestivo e/o di prestazioni all'Assicurazione invalidità (AI)? Sì No

Nome/indirizzo ufficio AI

.....

.....
6. Osservazioni

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

Onorario del medico: rapporto breve CHF 60.– / rapporto dettagliato CHF 80.– / rapporto particolarmente dettagliato CHF 140.–

.....
8. Firma

Con la Sua firma Lei conferma che le informazioni fornite sono complete e veritiere.

Luogo/data

.....

Firma/timbro medico

.....

