

## Richiesta di prestazioni in caso di decesso

### Previdenza privata

---

#### Persona deceduta

<b>Nome</b>	<input type="text"/>	<b>Stato civile</b>	<input type="checkbox"/> celibe/nubile	<input type="checkbox"/> coniugata/o
<b>Cognome</b>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> In unione domestica registrata	
<b>Via/n°</b>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> divorziata/o	<input type="checkbox"/> separata/o
<b>NPA/luogo</b>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> vedova/o	
<b>Stato</b>	<input type="text"/>	<b>Parenti</b>	<input type="checkbox"/> Coniuge	<input type="checkbox"/> Partner convivente
<b>Data di nascita</b>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> In unione domestica registrata	
<b>N° polizza</b>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Figli, numero:	<input type="text"/>
<b>Altre polizze</b>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Genitori	<input type="checkbox"/> Fratelli/sorelle

---

#### Decesso

<b>Data del decesso</b>	<input type="text"/>	<b>Causa del decesso</b>	<input type="checkbox"/> Malattia	<input type="checkbox"/> Infortunio
			<input type="checkbox"/> Suicidio	<input type="checkbox"/> Sconosciuta

#### Descrizione della causa del decesso (se conosciuta)

#### Nome, indirizzo del medico/ospedale che ha accertato il decesso

#### Nome, indirizzo del medico di famiglia

#### Nome, indirizzo di un altro medico curante

Il decesso è stato causato da terzi colpevoli?  Sì  No

#### Se sì, descrizione dettagliata



La persona deceduta era inabile al lavoro o incapace di guadagnare prima del decesso?

Sì  No

Se sì, da quando

La persona deceduta percepiva prima del decesso prestazioni di rendita/indennità giornaliera dei seguenti enti assicuratori?

Sì  No

Assicurazione invalidità  Assicurazione infortuni  Assicurazione indennità giornaliera per malattia  Altra previdenza privata

Nome, indirizzo assicurazione malattia obbligatoria prima del decesso

N° assicurato

### Persona di riferimento

Nome

Cognome

Via/n°

NPA/luogo

Stato

N° cellulare

E-Mail

Grado di parentela

Coniuge  Partner convivente

Unione domestica registrata  Figlio/figlia

Padre/madre  Fratello/sorella

Altro:

Lingua della corrispondenza

Tedesco  Francese  Italiano

Chi dobbiamo contattare per il trattamento del caso di decesso (richiesta di documenti ecc.)?

La persona indicata sopra

Un'altra persona

Nome

Cognome

Via/n°

NPA/luogo

N° telefono

### Avviso sulla protezione dei dati

Le informazioni sul trattamento dei dati personali da parte di Pax si trovano nell'informativa sulla privacy su [www.pax.ch/protezione-dei-dati](http://www.pax.ch/protezione-dei-dati).

Si impegna a informare le persone interessate di cui sopra entro i termini previsti dalla legge che i loro dati personali vengono trasmessi a Pax e a portarle a conoscenza delle suddette disposizioni di Pax relative alla protezione dei dati.



.....  
**Firma**

Con la Sua firma Lei conferma che le informazioni che ha fornito a Pax sono complete e veritiere.

**Luogo/date**

**Firma**

**Nome/cognome  
in stampatello**

