

Richiesta di prestazioni in caso di decesso

Previdenza privata

Persona deceduta

Nome	<input type="text"/>	Stato civile	<input type="checkbox"/> Celibe/nubile	<input type="checkbox"/> Coniugata/o
Cognome	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> In unione domestica registrata	
Via/n°	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Divorziata/o	<input type="checkbox"/> Separata/o
NPA/luogo	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Vedova/o	
Stato	<input type="text"/>	Parenti	<input type="checkbox"/> Coniuge	<input type="checkbox"/> Partner convivente
Data di nascita	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> In unione domestica registrata	
N° polizza	<input type="text"/>		Figli, numero:	<input type="text"/>
Altre polizze	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Genitori	<input type="checkbox"/> Fratelli/sorelle

Decesso

Data del decesso	<input type="text"/>	Causa del decesso	<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	<input type="text"/>	Grado di parentela	Coniuge	Partner convivente
Cognome	<input type="text"/>		Figlio/figlia	Padre/madre
Via/n°	<input type="text"/>	Lingua della corrispondenza	Fratello/sorella	Unione domestica registrata
NPA/luogo	<input type="text"/>		Altro:	<input type="text"/>
Stato	<input type="text"/>		Tedesco	Francese
N° cellulare	<input type="text"/>			
E-mail	<input type="text"/>			

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

La persona indicata sopra

Un'altra persona (nome, cognome, indirizzo, telefono)

.....
Firma

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

Luogo/data	<input type="text"/>	Firma	<input type="text"/>
Nome/cognome in stampatello	<input type="text"/>		

