



NOTIFICA DI DECESSO
ASSICURAZIONE DI CAPITALE IN CASO DI DECESSO A SEGUITO DI
MALATTIA

Voglia rispondere esattamente ed esaurientemente a tutte le domande pertinenti, rinviandoci la notifica a stretto giro di posta.

Dati personali della persona assicurata:	
Cognome:	Nome:
Via:	NPA/luogo:
Data di nascita:	AVS n.:
Data del decesso:	Causa del decesso:
Coordinate bancarie/postali:	Ass. n.:
Dati personali della persona che effettua la notifica:	
Cognome:	Nome:
Via:	NPA/luogo:
Telefono n.	Tipo e grado di parentela con la persona deceduta:
E-mail:	
Dinamica della malattia	
Data di comparsa della malattia:	
Tipo di affezione:	
Breve descrizione esatta del decorso e della causa della malattia:	
.....	
.....	
.....	
Medici/ospedali curanti:	
(indirizzi esatti)	
.....	

Osservazioni:

.....

Luogo, data

Firma della persona che effettua la notifica