

# Attestato medico di decesso

(da compilare a cura del medico curante)

## Confidenziale

Servizio medico della cassa  
pensione giardinieri & fioristi  
Ifangstrasse 8  
8952 Schlieren

### Persona assicurata

Cognome, Nome: .....

Data di nascita / Data di decesso: .....

Nr. AVS: 756.....

Via, CAP, Luogo: .....

### 1. Certificato della causa di decesso

a) Malattia principale, causa primaria: .....

b) Conseguenti malattie,  
causa diretta del decesso: .....

2. Quando la persona assicurata ha iniziato il  
trattamento a causa della malattia  
o delle lesioni che hanno  
portato al decesso? .....

a) Qual era la sua diagnosi allora? .....

3. Causa del decesso:  Malattia  Malattia professionale  Incidente  Conseguenze dell'incidente  Suicidio

a) Breve descrizione del decorso della  
malattia, dell'incidente o del suicidio .....

b) In caso d'infortunio / malattia  
professionale: quale malattia /  
infermità può essere stata coinvolta? .....

4. Quando sono apparsi i primi segni  
della malattia? .....

a) Da quanto tempo la persona assicurata era a  
conoscenza di questa malattia? .....

b) Da quando non ha più potuto lavorare?  100% dal: ..... al: .....

% dal: ..... al: .....

Luogo, Data: .....

Timbro e firma del medico: .....

Nota onorario: vi preghiamo di notare che, secondo il nostro regolamento, le spese per i documenti da fornire (ad es. certificato medico) sono a carico del beneficiario/persona assicurata. Vi chiediamo pertanto di indirizzare la fattura di questo certificato direttamente al vostro paziente.