

Attestato medico di decesso

(da compilare a cura del medico curante)

Confidenziale

Servizio medico della cassa
pensione dei falegnami
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.