

Da compilare e spedire a:

Basilese Vita SA
Aeschengraben 21
Casella postale
4002 Basilea**Notifica di decesso**

Modulo per i superstiti

Contratto n. **50** /

Istituto di previdenza della ditta:

1. Dati della persona assicurataPolizze n. **51** /

Cognome e nome

Indirizzo

NPA / Località

Data di nascita

a) Stato civile della persona assicurata al momento del decesso: *(contrassegnare la voce pertinente)*

- coniugato/a o in unione domestica registrata: data del matrimonio / della registrazione
- divorziato/a o in unione domestica registrata adesso sciolta
- vedovo/a
- celibe / nubile

b) Al momento del decesso sussisteva un rapporto di convivenza simile al matrimonio?

(contrassegnare la voce pertinente) Sì No

Per una persona assicurata non coniugata, che al momento del decesso viveva in un rapporto di convivenza simile al matrimonio:

- attestazioni di residenza dei comuni per gli ultimi 5 anni per la persona assicurata;
- attestazioni di residenza dei comuni per gli ultimi 5 anni per il convivente superstite;
- estratto del registro dello stato civile del convivente superstite;
- estratti del registro dello stato civile per i figli in comune.

c) La persona assicurata è già stata divorziata o ha fatto parte di un'unione domestica registrata adesso sciolta? *(contrassegnare la voce pertinente)* Sì No

d) Nome, data di nascita e indirizzo di tutti i coniugi – compresi i precedenti – e dei partner registrati:

.....

Se uno o più matrimoni o unioni domestiche registrate hanno avuto una durata di oltre 10 anni e nella sentenza di divorzio o di scioglimento è stato assegnato un obbligo di mantenimento (rendita o capitale) a carico della persona assicurata, allegare una copia dei documenti seguenti:

- sentenza di divorzio compresa la convenzione di divorzio o i documenti corrispondenti relativi allo scioglimento di una unione domestica registrata;
- decisione di assegnazione della rendita della AVS nonché eventuali decisioni dell'assicuratore LAINF.

Vita collettiva

Notifica di decesso
Modulo per i superstiti

e) Nome e data di nascita dei figli della persona assicurata:

.....
.....

Per i giovani di età compresa tra 18 e 25 anni che si trovano in formazione o che presentano un'incapacità al guadagno permanente allegare la conferma del posto di apprendistato o della scuola / università o la decisione di assegnazione della rendita AI.

2. Incapacità al lavoro dovuta a motivi di salute prima del decesso

La persona assicurata era incapace al lavoro per motivi di salute da oltre 3 mesi prima del decesso?
(contrassegnare la voce pertinente)

- No
 Sì al % dal

Nome e indirizzo dell'ultimo medico curante:

.....
Se si dispone di un certificato medico con diagnosi e decorso, allegare il certificato oppure comunicare nome e indirizzo dell'assicurazione cui è stato notificato.

3. Indicazioni relative al decesso

Data del decesso:

Causa del decesso: (contrassegnare la voce pertinente)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Malattia infettiva | <input type="checkbox"/> Patologia degli organi respiratori | <input type="checkbox"/> Suicidio |
| <input type="checkbox"/> Tumore | <input type="checkbox"/> Patologia dismetabolica | <input type="checkbox"/> Malattie psichiche |
| <input type="checkbox"/> Collasso circolatorio | <input type="checkbox"/> Incidente stradale | <input type="checkbox"/> AIDS |
| <input type="checkbox"/> Disfunzione degli organi digerenti | <input type="checkbox"/> Altri sinistri, omicidio | <input type="checkbox"/> Droghe |
| <input type="checkbox"/> Altre cause: | | |

Allegare sempre:

- atto di morte;
- estratto del registro dello stato civile o copia completa del libretto di famiglia della persona assicurata;
- indirizzo dell'ufficio o del notaio competente per la successione ereditaria;
- certificato di eredità.

4. Pagamento di eventuali prestazioni

Conto postale n.

Titolare (cognome e nome)

oppure

Nome e indirizzo della banca

IBAN

N. di clearing

Titolare (cognome e nome)

5. Indirizzo dei superstiti

6. Osservazioni

Apponendo la propria firma, il sottoscritto conferma che le informazioni fornite sono corrette e complete.

Il sottoscritto autorizza la Basilese Vita SA (di seguito denominata Basilese), al trattamento dei dati relativi alla persona assicurata nell'ambito della valutazione e della gestione del presente evento assicurato. In particolare la Basilese potrà:

- comunicare i dati a terzi coinvolti, sul territorio nazionale e all'estero (es. coassicuratori e riassicuratori);
- esercitare possibili azioni di regresso su terzi civilmente responsabili (o sui relativi assicuratori di responsabilità civile) e rendere loro noti i dati necessari a tal fine;
- richiedere informazioni pertinenti ai fornitori di prestazioni mediche (medici, chiropratici, psicologi, persone che forniscono prestazioni su incarico o per ordine di un medico, laboratori, ospedali, istituti di cure semiospedaliere o ambulatoriali, case di cura), assicuratori sociali (AVS, AI, LAIN F e LaMal) e privati, istituti di previdenza, enti, datori di lavoro, testimoni e altri informatori e prendere visione delle relative pratiche.

Il sottoscritto autorizza le persone e le istituzioni interessate a comunicare su richiesta alla Basilese, o al servizio medico di questa, i dati necessari alla valutazione e alla gestione dell'evento assicurato e, a tal fine, le esonera dall'obbligo del segreto professionale.

Tale esonero vale anche per la Basilese Assicurazione SA per quanto concerne i dati che essa inoltrerà a terzi ai fini della gestione dell'evento assicurato.

Luogo, data

Firma

Hinweis nur für PDF-Version vom Internet [Nota per](#)

***Bitte ausdrucken, unterschreiben
und per Post***