

## Notifica di decesso

Numero di contratto	
Contraente	
Numero assicurato	

### 1. Dati personali

Nome e indirizzo	
Data di nascita	
Stato civile della persona assicurata al momento del decesso	
Coniugato/a oppure in unione domestica registrata	<input type="radio"/> Sì
Se sì, data del matrimonio / della registrazione	
Divorziato/a oppure unione domestica registrata sciolta	<input type="radio"/> Sì
Vedovo/a	<input type="radio"/> Sì
Celibe/nubile	<input type="radio"/> Sì
Al momento del decesso sussisteva una convivenza simile al matrimonio?	<input type="radio"/> Sì

Nel caso di una persona non coniugata che al momento del decesso vive in convivenza simile al matrimonio, deve essere presentata la seguente documentazione.

- Conferme di residenza del comune per gli ultimi 5 anni per la persona assicurata
- Conferme di residenza del comune per gli ultimi 5 anni per il partner superstite
- Estratto del registro dello stato civile per il partner superstite
- Estratti del registro dello stato civile per i figli in comune

La persona assicurata era stata già divorziata o in un'unione domestica registrata giudizialmente sciolta prima del momento del decesso?	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No
--	--------------------------	--------------------------

Nome, data di nascita, numero AVS e indirizzo di tutti i coniugi e partner registrati (compresi quelli precedenti)


Se uno o più matrimoni o unioni registrate hanno avuto una durata superiore a 10 anni e la sentenza di divorzio o di scioglimento prevedeva l'obbligo di mantenimento (rendita o capitale) a carico della persona assicurata, allegare le copie della seguente documentazione.

- Sentenza di divorzio compresa la convenzione di divorzio e la rispettiva documentazione in merito allo scioglimento di un'unione domestica registrata
- Decisione relativa alla rendita rilasciata dall'AVS ed eventuale decisione dell'assicuratore LAINF

**2. Orfani**

Nome, data di nascita, numero AVS e indirizzo dei figli della persona assicurata

.....  
 .....  
 .....

Per giovani tra i 18 e i 25 anni ancora in fase di formazione o permanentemente incapaci al guadagno: allegare la conferma del posto di apprendistato e della scuola / università o della decisione di rendita dell'AI.

**3. Incapacità lavorativa per motivi di salute prima del decesso**

La persona assicurata era incapace al lavoro per motivi di salute oltre 3 mesi prima del decesso?  Sì  No

Se sì, da quando e in quale percentuale

.....  
 .....

Nome e indirizzo dell'ultimo medico curante

.....  
 .....

Se è disponibile un certificato medico con diagnosi e decorso, allegarlo indicando nome e indirizzo dell'assicurazione a cui è stato recapitato.

**4. Dati relativi al decesso**

Causa del decesso

Causa del decesso

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Malattia infettiva                   | <input type="radio"/> Insufficienza circolatoria |
| <input type="radio"/> Cancro                               | <input type="radio"/> Incidente stradale         |
| <input type="radio"/> Insufficienza degli organi digestivi | <input type="radio"/> Altri incidenti, omicidio  |
| <input type="radio"/> Malattia degli organi respiratori    | <input type="radio"/> AIDS                       |
| <input type="radio"/> Malattia metabolica                  | <input type="radio"/> Sostanze stupefacenti      |
| <input type="radio"/> Suicidio                             | <input type="radio"/> Malattie psichiche         |
| <input type="radio"/> Altre cause                          |  |

Si prega di allegare sempre:

- atto di morte ufficiale
- estratto del registro di famiglia o copie del libretto di famiglia completo della persona assicurata
- indirizzo dell'ufficio o del notaio competente per il disbrigo delle pratiche ereditarie
- certificato ereditario / elenco degli eredi

**5. Nome, indirizzo e numero di telefono dei superstiti**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

---

**6. Osservazioni**


---

**7. Esonero dall'obbligo di riservatezza**

Il/La sottoscritto/a autorizza la Basilese Vita SA a elaborare, coordinare e scambiare i dati riguardanti la propria persona per la verifica dell'evento assicurato.

La Basilese Vita SA possono in particolare:

- trasmettere i dati ad altre persone coinvolte (fornitori di prestazioni mediche, assicuratori sociali e privati, istituti di previdenza, uffici pubblici, case-manager) per l'elaborazione dei dati;
- raccogliere informazioni utili e consultare gli atti presso fornitori di prestazioni mediche (medici, chiropratici, psicologi, persone che forniscono prestazioni su ordine o su incarico di un medico, laboratori, ospedali, cliniche di riabilitazione, istituti di cure ambulatoriali o parzialmente stazionarie, case di cura), assicuratori sociali (assicurazione AVS, AI, LAINF e LAMal, assicurazione militare, assicurazione contro la disoccupazione) e assicuratori privati, istituti di previdenza, uffici competenti, datori di lavoro e altre persone coinvolte.

Il/La sottoscritto/a autorizza le persone e le istituzioni coinvolte a comunicare alla Basilese Vita SA, su richiesta, i dati necessari per la verifica e l'elaborazione dell'evento assicurato e a tale scopo esonera queste dall'obbligo di riservatezza

---

Luogo, data

Firma