



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

Voglia rispondere in maniera completa e precisa a tutte le domande e rinviarci la notifica di decesso.

<b>Dati personali della persona assicurata:</b>	
Cognome: .....	Nome: .....
Via: .....	NPA / luogo: .....
Data di nascita: .....	N. assicurazione sociale:.....
Data del decesso: .....	Causa del decesso:.....
Coordinate bancarie / postali: .....	Ass. n.: .....
<b>Dati personali della persona che effettua la notifica:</b>	
Cognome: .....	Nome: .....
Via: .....	NPA / luogo: .....
Telefono n.: .....	E-mail: .....
Tipo e grado di parentela con la persona deceduta: .....	
<b>Decorso della malattia?</b>	
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 assicurata