

Notifica di decesso

Modulo per i superstiti

Partner contrattuale: GEMINI Fondazione collettiva 1e 50/067.515

Nome dell'azienda: _____

Persona di contatto: _____ e-mail: _____

1. Dati della persona assicurata

Cognome e nome _____

Indirizzo _____

NPA / località _____

Data di nascita _____

a) Stato civile della persona assicurata al momento del decesso:

(si prega di contrassegnare la risposta adeguata)

Coniugato/a o in unione domestica registrata. Data del matrimonio / della registrazione: _____

Divorziato/a o in unione domestica registrata sciolta.

Vedovo/a

Celibe/nubile

b) Al momento del decesso sussisteva un concubinato? sì no

In caso di persona assicurata non coniugata, in concubinato al momento del decesso:

- conferme di domicilio dei comuni per gli ultimi 5 anni per la persona assicurata
- conferme di domicilio dei comuni per gli ultimi 5 anni per il partner superstite
- estratto del registro di stato civile del partner superstite
- estratto del registro di stato civile dei figli comuni

c) La persona assicurata è mai stata divorziata o in un'unione domestica registrata sciolta?

sì no

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

Se la durata di uno o più matrimoni o di una o più convivenze registrate ha superato i 10 anni e nella relativa sentenza di divorzio o di scioglimento è stato pronunciato un obbligo di mantenimento (rendita o capitale) a carico della persona assicurata, si prega di allegare copie della documentazione seguente:

- sentenza di divorzio inclusa convenzione di divorzio o documentazione corrispondente in merito allo scioglimento di una convivenza registrata
- decisione di rendita dell'AVS ed eventuale decisione dell'assicurazione LAINF

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

Per giovani di età compresa tra i 18 e i 25 anni in formazione o permanentemente incapaci al guadagno: si prega di allegare la conferma della sede del tirocinio o della scuola / università o della decisione di rendita dell'Al.

2. Incapacità lavorativa dovuta a motivi di salute prima del decesso

La persona assicurata era inabile al lavoro per motivi di salute già 3 mesi prima del decesso? *(si prega di contrassegnare la risposta adeguata)*

no

sì per il % a partire da:

Nome e indirizzo dell'ultimo medico curante:

Se è presente un certificato medico con diagnosi e decorso, si prega di allegarlo o di comunicare il nome e l'indirizzo dell'assicurazione a cui è stato inviato il documento.

3. Dati sul decesso

Data del decesso _____ Continuazione del pagamento del salario fino al _____

Causa del decesso *(si prega di contrassegnare la risposta adeguata)*

malattia infettiva

malattia dell'apparato respiratorio

suicidio

cancro

malattia metabolica

malattia psichica

insufficienza circolatoria

incidente stradale

AIDS

insufficienza gastrointestinale

altri incidenti, omicidio

sostanze stupefacenti

Altre cause _____

Si prega di allegare obbligatoriamente:

- atto ufficiale di morte
- estratto del registro di stato civile 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

4. Versamento di eventuali prestazioni

Nome e indirizzo della banca _____

IBAN _____

Titolare (cognome e nome) _____

5. Indirizzo dei superstiti

6. Osservazioni

La società di riassicurazione di GEMINI Fondazione collettiva 1e è la Basilese Vita SA.

Con la propria firma il firmatario/la firmataria conferma l'esattezza e la completezza dei dati forniti.

Il firmatario/la firmataria autorizza la Basilese Vita SA e GEMINI Fondazione collettiva 1e a elaborare i dati relativi alla persona assicurata nel quadro del controllo e del trattamento del presente caso assicurativo. In particolare, Basilese Vita SA è GEMINI Fondazione collettiva 1e può:

- trasmettere dati a terzi coinvolti in Svizzera e all'estero (ad es. coassicuratori e riassicuratori);
- esercitare eventuali ricorsi su un terzo responsabile (o sul suo assicuratore di responsabilità civile), rendendo noto a quest'ultimo i dati necessari a tale scopo;
- raccogliere informazioni pertinenti e consultare i documenti presso fornitori di prestazioni mediche (medici, chiropratici, psicologi, persone che forniscono prestazioni su ordine o su incarico di un medico, laboratori, ospedali, istituti per la cura di pazienti parzialmente stazionari o ambulatoriali, case di cura), assicurazioni sociali (AVS, AI, LAINF e LAMal) e assicurazioni private, istituti di previdenza, uffici competenti, datori di lavoro, testimoni e altre persone informate dei fatti.

Il firmatario/la firmataria autorizza le persone e le istituzioni coinvolte, la Basilese Vita SA è GEMINI Fondazione collettiva 1e o il loro servizio medico a rendere noti, su richiesta, i dati necessari per il controllo e il trattamento del caso assicurativo, esonerandoli a tale scopo dal loro obbligo di riservatezza.

Tale esonero vale anche per Basilese Vita SA è GEMINI Fondazione collettiva 1e in merito ai dati da essa inoltrati a terzi per la gestione del caso assicurativo.

Luogo e data

Firma