

Certificato medico post mortem
(rilasciato dal medico curante)

Strettamente confidenziale

Inviare direttamente in busta chiusa a: Medico incaricato di Allianz Suisse Vita, Casella postale, 8010 Zurigo

Persona assicurata: _____ Polizza n. _____
Data di nascita: _____ N. AVS _____
Indirizzo: _____ O BT KL _____

1. Da quando conosceva la persona sopra menzionata?	_____
2. Quando aveva iniziato il trattamento della malattia che ha causato il decesso? Per tale malattia la persona assicurata si era sottoposta anche alle cure di altri medici? Quali?	_____ _____
3. Cos'era emerso dalla sua prima visita della persona deceduta e quale diagnosi aveva emesso?	_____ _____
4. La persona deceduta era già stata curata prima dell'ultima malattia? Quando, da chi e per quali malattie?	_____ _____ _____
5. Quando ritiene che abbia avuto inizio la malattia che ha portato al decesso?	_____ _____
6. Decesso a seguito di	<input type="checkbox"/> malattia <input type="checkbox"/> infortunio <input type="checkbox"/> suicidio
7. Qual è stata la causa precisa della morte?	_____ _____
8. È stata eseguita un'autopsia o un esame anatomopatologico?	_____ _____
9. Eventuali osservazioni:	_____ _____

Luogo: _____ **Data:** _____ **Firma e timbro del medico:** _____