



=> Vogliate inviare il modulo debitamente compilato e firmato corredato da tutti i documenti necessari a:

**Fondazione istituto collettore**  
**LPP Previdenza (LPP)**  
**Casella postale**  
**6501 Bellinzona**

**www.aeis.ch**  
**Postfinance**  
**BIC/SWIFT: POFICHBEXXX**  
**IBAN: CH16 0900 0000 2549 6891 7**

**Tel. +41 91 610 24 24**  
**Fax. +41 91 610 24 25**  
**Orario d'ufficio Lun - Ven**  
**08:00 - 12:00/ 13:30 - 17:00**

## Certificato medico in caso di decesso

Siete invitati a compilare il presente modulo in modo leggibile, in stampatello e firmarlo

Da compilare dal medico curante:

### 1. Persona assicurata

Cognome: ..... Nome: ..... Data di nascita: .....

No AVS: ..... Data del decesso: .....

Indirizzo: .....

### 2. Attestazione della causa del decesso

Malattia                                  Infortunio                                  Causa violenta / Suicidio

Descrizione esatta:

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

Se malattia: l'assicurato era inabile al lavoro prima del decesso?

Sì    No

Se sì, per quale motivo?

.....  
.....

Durata e grado dell'incapacità lavorativa

Grado dell'incapacità lavorativa: .....% dal .....

Onorario per il certificato medico .....CHF .....(allegare polizza di versamento)

Luogo e data, timbro e firma del medico:

.....