

Rapporto medico relativo a un caso di decesso

Per evitare spiacevoli complicazioni si prega di compilare debitamente il modulo in stampatello in ogni sua parte.

Persona deceduta

Cognome

Nome

N° AVS

Data di nascita

Data del decesso

1. Causa del decesso

Qual è stata la causa del decesso?

2. Diagnosi della malattia iniziale

Qual è stata la diagnosi della malattia iniziale?

Quando è stata effettuata?

3. Trattamento

Inizio e durata del trattamento?

4. Trattamento da parte di altri medici

La persona deceduta è stata curata anche da altri medici?

☐ Sì

☐ No

Se sì, da chi? (Si prega di indicare anche l'indirizzo)



▼ Voglia prestare attenzione alla pagina seguente.

5. Patologie preesistenti

Quali erano le patologie preesistenti?

Durata?

6. Morte per infortunio

Si tratta di una morte per infortunio?

☐ Sì

☐ No

Se sì, si prega di indicare il tipo di infortunio.

7. Suicidio

Si tratta di un suicidio?

☐ Sì

☐ No

Se sì, si prega di indicare il tipo di suicidio.

Osservazioni

Luogo

Data

Timbro e firma del medico

Si prega di allegare la fattura (senza la fattura non può essere effettuato il versamento) e la polizza di versamento e di inviare tutto direttamente al seguente indirizzo:

Asga Pensionskasse, Medizinischer Dienst/VB, Rosenbergstrasse 16, 9001 San Gallo

Importo fattura: CHF

Versato il:



► Voglia inviare questo formulario debitamente compilato, firmato e corredato della necessaria documentazione all'Asga Pensionskasse, Medizinischer Dienst / VB, Rosenbergstrasse 16, 9001 St.Gallen.