

# ANNUNCIO DI UN CASO DI DECESSO

Il successivo formulario può esser stampato e compilato. Non appena in possesso dell'annuncio di decesso ci rivolgeremo direttamente alla persona indicata nel formulario per comunicare gli ulteriori passi da intraprendere.

## DOCUMENTAZIONE

Per chiarire il diritto alla prestazione assicurativa necessitiamo della seguente documentazione:

### Coniuge in vita

- Copia del certificato di morte ufficiale dell'assicurato
- Formulario di pagamento debitamente compilato e sottoscritto
- Copia di un documento ufficiale dal quale sia visibile la firma

### Ulteriori beneficiari

- Copia del certificato di morte ufficiale dell'assicurato
- Copia di un documento ufficiale dal quale sia visibile la firma

## AVVERTENZA

Al fine di valutare il diritto alla prestazione assicurativa, in merito alle circostanze del decesso ed alla causa di morte, possono rendersi necessari ulteriori documenti non elencati. In tal caso ci metteremo in contatto con lei.

**Una volta sottoscritto, la preghiamo d'inviarlo al più presto possibile per posta o per E-Mail alla sede centrale della Generali ad Adliswil insieme agli allegati richiesti.**

### Indirizzo:

Generali Assicurazioni per persone SA  
Reparto LP-NBC-C  
Soodmattenstrasse 2  
8134 Adliswil 1

Telefono: +41 58 472 39 60  
life\_claims.ch@generali.com

# ANNUNCIO DI DECESSO

Questo formulario può essere stampato, compilato ed inviato per posta o per E-Mail insieme agli allegati.

## INFORMAZIONI RELATIVE ALLA PERSONA DECEDUTA

Numero di polizza:

Nome:

Cognome:

Data di nascita:

Data del decesso:

Stato civile:  celibe/nubile  coniugato/a  vedovo/a  divorziato/a

Causa di morte:  malattia  sconosciuta  suicidio  
 infortunio/luogo dell'infortunio:  Data:

Indicazione esatta della causa di morte, se conosciuta:

## Cognome ed indirizzo del:

medico che ha constatato il decesso:

medico di famiglia

medico curante

## INDIRIZZO DELLA PERSONA DI CONTATTO PER L'EVASIONE DEL CASO ASSICURATIVO

Nome

Cognome

Indirizzo completo

Numero di telefono (raggiungibile di giorno)

E-Mail

## La preghiamo di indicarci il grado di relazione che sussisteva con la persona deceduta:

coniuge  concubino/a  figlio/a  padre/madre  fratello/sorella

altro:

## Lingua per la corrispondenza:

tedesco  francese  italiano  inglese

Allegati:

# ORDINE DI PAGAMENTO

Polizza no.

Persona assicurata

Data

**IL VERSAMENTO DELLA SOMMA ASSICURATIVA DOVRÀ ESSERE EFFETTUATO  
SUL SEGUENTE CONTO:**

Banca  Posta

Indirizzo/Filiale

IBAN

Intestato a

Indirizzo esatto

N. AVS

**Per pagamenti all'estero inoltre:**

BIC/SWIFT Code

**Si prega di notare che i pagamenti a una persona diversa dal/dai beneficiari/o non sono possibili.  
Eccezione: conti correnti in cui il beneficiario è uno dei 2 titolari di un conto.**

La preghiamo di compilare **in ogni caso** le seguenti caselle inerenti l'intestatario/gli intestatari del conto:

Nome, cognome, data di nascita, nazione di nascita e tutte le nazionalità dell'intestatario del conto

Nome, cognome, data di nascita, nazione di nascita e tutte le nazionalità dell'intestatario del conto

Se il pagamento non viene **effettuato** su un conto che è esclusivamente al suo nome in qualità di beneficiario, la preghiamo di informarci su quanto segue

Che relazione sussiste tra Lei e l'intestatario/gli intestatari del conto (ad esempio coniuge, genitore eccetera)

Si prega di allegare una copia del documento d'identità (compresa la firma) di questa persona.

Luogo e data

Firma(-e)

Quando più eredi o beneficiari vantano dei diritti riguardo le prestazioni assicurative, risulta necessario che il presente formulario sia sottoscritto da ogni erede/beneficiario o che sia sottoscritto solo da coloro in favore dei quali sia stata rilasciata procura da parte degli altri eredi/beneficiari. Inoltre abbiamo bisogno da ogni erede/beneficiario delle informazioni seguenti: nome, cognome, data di nascita, nazione di nascita e tutte le nazionalità.