

(Questo modulo è disponibile sotto [www.mobi.ch](http://www.mobi.ch) e può essere compilato allo schermo, utilizzando il tabulatore per passare da un campo all'altro. È anche possibile stamparlo e compilarlo a mano. Grazie di non inviarcelo per via elettronica.)

**Persona assicurata**

Cognome/nome: \_\_\_\_\_  
 Data di nascita: \_\_\_\_\_  
 Data del decesso: \_\_\_\_\_

**Decesso**

1. Causa del decesso: \_\_\_\_\_

2.  **Malattia**  
 Diagnosi della malattia di base: \_\_\_\_\_  
 In che modo e quando si è manifestata per la prima volta questa malattia ? \_\_\_\_\_  
 Data della diagnosi: \_\_\_\_\_  
 Data in cui il paziente è stato informato di questa diagnosi: \_\_\_\_\_

Malattie precedenti:	Malattie	Durata dal/al
	_____	_____
	_____	_____

**Infortunio**  
 Genere d'infortunio: \_\_\_\_\_  
 Data dell'infortunio: \_\_\_\_\_

**Suicidio**  
 Data del suicidio: \_\_\_\_\_

3. Esiste un nesso tra la causa del decesso e la malattia di base?  Sì  No

**Trattamenti dell'affezione che ha causato il decesso**

4. Inizio del suo trattamento: \_\_\_\_\_

5. Trattamenti presso altri medici:

Periodo dal/al	Nome del medico, luogo	Cause
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## Autopsia

6. È stata effettuata un'autopsia?

Sì

No

Chi ne è stato incaricato?

Chi ha richiesto l'autopsia?

---

---

---

## Prima del decesso

7. Incapacità lavorativa

Periodo dal/al

%

Cause

---

---

---

---

8. Nome ed indirizzo del medico di famiglia:

---

---

9. La persona deceduta ha fumato sigarette in un periodo della sua vita? Se sì, indicare il periodo:

---

---

## Annotazioni / osservazioni

10. Ha già redatto rapporti medici in caso di decesso per altre società assicurative? Quali?

---

---

11. Suoi commenti:

---

---

---

---

Il rapporto deve essere inoltrato direttamente al servizio medico della Mobiliare a Nyon. Le spese di questo rapporto sono a carico della Mobiliare.

Data:

Timbro e indirizzo del medico:

Firma:

---

---

---

Allegati:

1 nota d'onorari

2 buste