



AXA Assicurazioni  
Credit & Lifestyle Protection  
General-Guisan-Strasse 40  
8400 Winterthur

Inviare il modulo tramite posta o via fax al numero 0848 000 425

email: clp.ch.service@partners.axa  
fax: 0848 000 425

## Dichiarazione di sinistro in caso di malattia grave

### 1. Documenti da allegare

Vi preghiamo di allegare alla Vostra dichiarazione di sinistro i seguenti documenti (contrassegnate cortesemente il documento ivi aggiunto):

- Certificato medico** (utilizzate il formulario allegato)
- Certificato dell'assicurazione/cassa malattia** sui periodi di inabilità lavorativa con relative diagnosi per gli ultimi 3 anni prima dell'insorgere della malattia grave
- Referti medici** (eventualmente dall'ospedale)
- Copia dell'**adesione al contratto collettivo assicurativo**
- In caso di indipendenza:** la prova di indipendenza, per esempio dalla **cassa di compensazione**

#### INFORMAZIONE IMPORTANTE:

Vi preghiamo di notare che saremo in grado di esaminare la Vostra richiesta di prestazione assicurativa, solo se ci lasciate pervenire tutti i documenti. La mancata ricezione comporta un ritardo nell'elaborazione della pratica ed eventualmente nella liquidazione.

### 2. Dati personali

Signora  Signor

Nome

Data di nascita

G	G	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Cognome

Professione

Via, no.

Telefono/privato

CAP/Luogo

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Cellulare

### 3. Informazioni sul contratto di assicurazione

Istituto del finanziamento

Numero di conto/ Numero di contratto/ numero el cliente.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Inizio del contratto ai sensi del certificato di assicurazione

G	G	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

### 4. Pagamento della prestazione assicurativa

A condizione che riconosciamo il suo infortunio, il pagamento della prestazione assicurativa avrà luogo ai sensi delle condizioni generali di assicurazione in favore del istituto finanziario su citato a copertura degli obblighi di pagamento a Suo carico derivanti dal credito o contratto di carta di credito.

### 5. Informazioni sulla sua malattia

1.a) Motivo della sua richiesta

- Infarto cardiaco**
- Ictus**
- Grave neoplasia (cancro)**
- Insufficienza renale**
- Trapianto d'organo**
- Sclerosi multipla**

b) Data della prima diagnosi

G	G	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

2.a) Nome e indirizzo del medico/ ospedale che ha posto per la prima volta

Nome

la diagnosi

Via, no.

CAP/Luogo

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------



3.a) Siete già stati in consulta o cura per un malessere simile o uguale a questo?

si  no

b) Se sì, durata del trattamento

dal

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

al

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

c) Nome e indirizzo del **medico**, che vi ha curato per il malessere al punto 3b.

Nome

Via, no.

CAP/Luogo

--	--	--	--	--	--	--	--

Telefono

4. Nomi e indirizzi dei vostri **medici di famiglia** nel corso degli ultimi 3 anni

Nome

Via, no.

CAP/Luogo

--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon

Nome

Via, no.

CAP/Luogo

--	--	--	--	--	--	--	--

Telefono

5. Nome e indirizzo della vostra **Assicurazione/Cassa Malattia**

Nome

Via, no.

CAP/Luogo

--	--	--	--	--	--	--	--

Telefono

6.a) Siete stati ricoverati in **ospedale**?

sì  no

b) Durata del ricovero

dal

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

al

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

c) Nome e indirizzo dell'ospedale

Nome

Via, no.

CAP/Luogo

--	--	--	--	--	--	--	--

Telefono

d) Quale medico ha prescritto il ricovero?

Nome

Via, no.

CAP/Luogo

--	--	--	--	--	--	--	--

Telefono



7.a) Quali **medicines** sono state prescritte?

b) Inizio dell'assunzione

G	G	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

c) Dosaggio

## 6. Dichiarazioni conclusive

### Dichiarazione

Sono diventato inabile totale al lavoro e faccio richiesta di prestazione assicurativa ai sensi delle condizioni generali di assicurazione (CGA). Con la presente dichiaro di aver risposto a tutte le domande in modo completo e veritiero e di non aver omesso nulla. Sono a conoscenza del fatto che, in caso di rilascio consapevole di false dichiarazioni, dovrò restituire tutte le prestazioni e perderò i miei diritti ai sensi delle CGA.

### Clausola di consenso ai sensi della legge federale sulla protezione dei dati (LPD)

Accetto che i dati necessari per la comunicazione del sinistro vengano rilevati, elaborati, trasferiti e archiviati dalla AXA Assicurazioni SA, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur e altre società del gruppo assicurativo AXA ( nominato in seguito "AXA") nonché dalle società del gruppo in Svizzera e dello spazio economico europeo. Accetto inoltre che questi dati, inclusa l'intera corrispondenza relativa al caso fino alla decisione conclusiva del sinistro, vengano inoltrati all'istituto finanziario.

### Esonero dall'obbligo di segretezza

Al fine di determinare l'obbligo alla prestazione assicurativa autorizzo AXA alla verifica ulteriore e all'utilizzo delle informazioni da me fornite in merito al mio stato di salute ed esonero inoltre dal segreto medico ossia professionale tutti i medici, il personale infermieristico e altre istituzioni sanitarie, presso cui sono stato o sarà in trattamento, nonché uffici di polizia e servizi pubblici menzionati nella documentazione riguardante il sinistro.

Luogo, data

---

Firma dell'assicurato/a

---



Inviare il modulo tramite posta o via fax al numero 0848 000 425

## Certificato medico per malattia grave

### 1. Informazioni sulla persona assicurata

Signora     Signor

Nome

Cognome

Data di nascita

### 2. Informazioni sulla malattia della persona assicurata

1) Da quando la persona assicurata è Vostra paziente?

2.a) Da quale patologia è causata l'inabilità al lavoro (si prega di precisare)?

b) Quando è subentrata la patologia?

c) Quando è stata fatta la prima consulta?

3.a) La persona assicurata era stata già trattata o aveva già consultato altri medici per la patologia attuale o per una patologia/condizioni preesistenti ad essa correlate?  si     no

b) Se sì, quando?

4.a) L'inabilità al lavoro è riconducibile a lesioni autoinflitte o a un tentativo di suicidio, un abuso di farmaci e droghe, problemi psichici, depressione o infezione da HIV??  sì     no

b) Se sì, vogliate fornire informazioni dettagliate:

5.a) È a conoscenza di altri fattori che possono influire sulla guarigione?  sì     no

b) Se sì, quali?

**Luogo, data**

**Firma del medico e timbro dell'ambulatorio**

**Numero di telefono del medico**

**Avviso importante: eventuali costi derivanti dalla compilazione di questo modulo di notifica di sinistro, sono a carico della persona assicurata e sono da mettere in conto dalla stessa.**