



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

Dichiarazione di sinistro per inabilità totale al guadagno (AI)

1. Documenti da aggiungere

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

- Copia della **decisione AI**
- Copia del **rapporto medico** redatto dall'ufficio AI, allo scopo di valutare l'inabilità
- Copia dell'**adesione al contratto collettivo assicurativo**

AVVERTENZA 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. Datipersonali

Signora Signor

Nome

Nome

Via, no.

CAP/Luogo

Data di nascita

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

Professione

Telefono/privato

No. Cellulare

3. Informazioni sul contratto di assicurazione

Nome del datore di credito/banca

Numero di conto / Numero di contratto

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 della banca su citata a copertura degli obblighi di pagamento a Suo carico derivanti dal contratto di credito.

5. Informazioni sull'inabilità totale al guadagno

1.a) Che cosa ha causato l'inabilità al lavoro?

b) Primo giorno d'inabilità

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

c) Ultimo giorno di lavoro

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

2.a) Quale medico ha diagnosticato per la prima volta la patologia al punto 1a?

Nome

Via, no.

CAP/Luogo

Telefono

b) Durata della prima inabilità

dal

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

al

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



3.a) Quali altri medici vi hanno curato per la diagnosi al punto 1a?

Nome

Via, no.

CAP/Luogo

Telefono

b) Durata dell' inabilità

dal

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

al

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

4.a) Chi è il suo medico di famiglia?

Nome

Via, no.

CAP/Luogo

Telefono

b) Da quando egli è il suo medico?

Data

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

6. Da compilare in caso d'infortunio

1. Quando si è verificato l'infortunio?

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

2. È stato redatto un rapporto dalla polizia?

si no ➔ **Ci invii una copia del rapporto!**

3.a) È stata fatta un'analisi del sangue?

si no

b) Se sì, specificarne l'esito

4. Descrizione dell'incidente (Descriva con le sue parole come si è svolto, eventualmente usando un foglio aggiuntivo)

vedi allegato

7. Dichiarazioni conclusive

Dichiarazione

Ho risentito una malattia grave 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 (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 di credito beneficiario.

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 _____