



Notifica di sinistro in caso di grave malattia

Prima di compilare il modulo di notifica di sinistro, voglia tenere presente quanto segue: può notificarci il suo sinistro anche online tramite il nostro sito web <http://clp.partners.axa.ch/schaden> e poi seguire online l'andamento del suo sinistro. Può inviarci il suo modulo di notifica compilato anche via fax, e-mail o per posta.

1. Documenti da consegnare

Voglia presentarci la seguente documentazione unitamente al modulo di notifica di sinistro compilato e firmato. Indichi con una crocetta i documenti che ha allegato:

- Certificato medico** (utilizzi il modulo allegato)
- Attestazione dell'assicurazione malattie** circa i periodi di incapacità lavorativa con diagnosi degli ultimi tre anni prima dell'insorgere della grave malattia
- Referti medici** (event. dell'ospedale) e/o **documenti di dimissione**
- Copia del **contratto di assicurazione**/dichiarazione di adesione all'assicurazione di gruppo

Informazione importante:

Potremo valutare il suo diritto alle prestazioni assicurative solo se ci invierà *tutta* la documentazione. Un mancato inoltro comporta un ritardo nel trattamento ed eventualmente nel pagamento delle prestazioni.

2. Dati personali

- Signora Signor

Nome

Data di nascita

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

Cognome

Professione

Via/N.

Telefono/privato

NPA/Località

Cellulare

3. Dati sul suo contratto di assicurazione

Creditore

Numero conto di credito o numero di contratto

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

Inizio del contratto conformemente alla conferma di assicurazione

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

4. Pagamento della prestazione assicurativa

Se riconosceremo il suo sinistro, il pagamento della prestazione assicurativa avverrà ai sensi delle Condizioni Generali di Assicurazione. Il versamento sarà effettuato al suo creditore sopra menzionato a copertura dei suoi obblighi di pagamento derivanti dal contratto di credito.

5. Dati relativi alla sua malattia

1. a) Motivo della pretesa di prestazioni

- Infarto cardiaco
- Ictus
- Cancro
- Insufficienza renale irreversibile
- Trapianto di organi essenziali
- Sclerosi multipla

b) Data della prima diagnosi

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

2. Nome e indirizzo del medico che ha effettuato la diagnosi o dell'ospedale

Nome	Via/N.
_____	_____
NPA/Località	Telefono
_____	_____

3.a) Era già stato sottoposto a un trattamento a causa di questa o di un'analogha malattia?

- Sì
- No

b) Se sì, periodo del trattamento

dal	al																
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								

c) Nome e indirizzo del **medico** che l'ha sottoposta al trattamento nel periodo di cui **al punto 3.b)**

Nome	Via/N.
_____	_____
NPA/Località	Telefono
_____	_____

4. Nome e indirizzo dei suoi **medici di famiglia** negli ultimi 3 anni

Nome	Via/N.
_____	_____
NPA/Località	Telefono
_____	_____

Nome	Via/N.
_____	_____
NPA/Località	Telefono
_____	_____

5. Nome e indirizzo della sua **assicurazione malattie**

Nome	Via/N.
_____	_____
NPA/Località	Telefono
_____	_____

6.a) È stato sottoposto a trattamenti con degenza?

Sì No

b) Periodo dell'ospedalizzazione

dal

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

al

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

c) Nome e indirizzo dell'ospedale

Nome

Via/N.

NPA/Località

Telefono

d) Quale medico ha predisposto il ricovero?

Nome

Via/N.

NPA/Località

Telefono

7.a) Quali medicinali sono stati prescritti?

b) Inizio dell'assunzione

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

c) Dosaggio

6. Dichiarazioni conclusive

Dichiarazione

Sono affetto da una grave malattia e richiedo le prestazioni assicurative ai sensi delle Condizioni Generali di Assicurazione (CGA). Con la presente dichiaro di aver risposto in modo completo e veritiero a tutte le domande. Sono a conoscenza del fatto che l'assicuratore non è vincolato al contratto e che può esigere il rimborso integrale o parziale delle prestazioni versate se ho dichiarato inesattamente o taciuto dei fatti che escluderebbero o limiterebbero l'obbligo dell'assicuratore nell'intento d'indurlo in errore o se, nel medesimo intento, non ho fatto o ho fatto tardivamente le comunicazioni che per legge mi incombono.

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

Autorizzo AXA Assicurazioni SA e altre società del Gruppo AXA (di seguito denominate insieme «AXA») a rilevare, elaborare, trasmettere e salvare in Svizzera e nei paesi dello Spazio Economico Europeo i miei dati personali necessari per trattare la presente notifica di sinistro. Accetto inoltre che questi dati personali, comprensivi della corrispondenza intrattenuta, fino alla decisione definitiva in merito al sinistro possano essere trasmessi al mio creditore o fornitore di leasing, a condizione che questi sia al tempo stesso stipulante avente diritto.

Esonero dall'obbligo di riservatezza

Autorizzo AXA a verificare e utilizzare le indicazioni da me fornite in merito al mio stato di salute. Allo scopo di verificare l'obbligo di prestazione (comprensiva della verifica delle condizioni di accettazione), con la presente libero dal segreto professionale i medici, gli infermieri, i dipendenti o gli incaricati di ospedali, altri istituti di cura, case di riposo, assicuratori di persone, casse malati, associazioni di categoria e autorità pubbliche indicati nei documenti presentati nel caso di assicurazione in esame o che erano coinvolti nelle cure mediche.

Luogo, data

Firma della persona assicurata

Certificato medico in caso di grave malattia

Voglia inviare il modulo oppure faxarlo al numero 0848 000 425

1. Dati sulla persona assicurata

Signora Signor

Nome

Data di nascita

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

Cognome

2. Auskünfte über die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person

1. Da quando la persona assicurata è suo paziente?

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

2.a) Da quale disturbo è causata l'incapacità lavorativa (diagnosi esatta)?

b) Da quando accusa questo disturbo?

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

c) Quando è avvenuto il primo consulto?

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

3. a) La persona assicurata ha già ricevuto consulenza medica o un trattamento medico in precedenza a causa del disturbo attuale o di disturbi/malattie preesistenti che presentano un rapporto di causalità con esso?

Sì No

b) Se sì, quando?

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

4. a) L'incapacità lavorativa è da ricondurre a lesioni autoinflitte, a un tentato suicidio, ad abuso di droghe o medicinali, a problemi psichici, depressioni o a un'infezione da HIV?

Sì No

b) Se sì, si prega di fornire indicazioni precise:

5. a) Le sono noti altri fattori che potrebbero influenzare il processo di guarigione?

Sì No

b) Se sì, quali?

Luogo, data

Firma del medico con timbro dello studio

Numero di telefono del medico

Indicazione importante: eventuali spese sostenute per la compilazione del presente modulo di notifica di sinistro sono a carico della persona assicurata e devono essere addebitate a quest'ultima.