



AXA Assicurazioni
Credit & Lifestyle Protection
General-Guisan-Strasse 40
8400 Winterthur
email: clp.ch.service@partners.axa
fax: 0848 000 425

Inviare il modulo tramite posta o via fax al numero 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. Datipersonali

Signora Signor

Nome

Data di nascita

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

Cognome

Professione

Via, no.

Telefono/privato

CAP/Luogo

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

Cellulare

sì no

Desiderate ricevere un SMS di conferma mensile per il pagamento delle prestazioni

3. Informazioni sul contratto di assicurazione

Istituto del finanziamento

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

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

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

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



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

--	--	--	--	--

Telefono

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 **medicine** 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

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

2. Informazioni sulla malattia della persona assicurata

1) Da quando la persona assicurata è Vostra paziente?

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

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

b) Quando è subentrata la patologia?

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

c) Quando è stata fatta la prima consulta?

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

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?
 sì no

b) Se sì, quando?

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

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.