

Notifica di un'inabilità al lavoro

Vita individuale

Numero della polizza

1 Dati sulla persona assicurata

Cognome, nome

Data di nascita

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

Via/numero civico

NPA, località

E-mail

Telefono

Numero AVS

Desidero essere contattato tramite e-mail.

2 Attività prima del subentrare dell'incapacità al guadagno

Professione appresa

Ultima occupazione svolta

Settore

Tempo pieno Tempo parziale Ore a settimana:

Indipendente Dipendente

Nome del datore di lavoro

Indirizzo

Svolge una professione accessoria?

Sì No

Se sì, quale?

Ore a settimana

3 Causa dell'incapacità al guadagno

In caso di malattia:

Inizio

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

In caso d'infortunio:

Data dell'infortunio

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

Tipo di patologia

Tipo di lesione

Si è già sottoposta/o in passato a cure per questa patologia?

Sì No

Se sì, dove?

4 Durata dell'incapacità al guadagno

Entità e durata dell'incapacità al guadagno

_____ %	dal	_ _ _ _ _ _ _ _ _	al	_ _ _ _ _ _ _ _ _
_____ %	dal	_ _ _ _ _ _ _ _ _	al	_ _ _ _ _ _ _ _ _
_____ %	dal	_ _ _ _ _ _ _ _ _	al	_ _ _ _ _ _ _ _ _
_____ %	dal	_ _ _ _ _ _ _ _ _	al	_ _ _ _ _ _ _ _ _

Ritiene che la sua capacità lavorativa aumenterà?

Sì No

Se sì: _____ % dal |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

5 Trattamento medico

Medici curanti

Nome, indirizzo

In trattamento dal |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nome, indirizzo

In trattamento dal |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nome, indirizzo

In trattamento dal |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Quale tra i medici sopra elencati può fornire informazioni sull'intero decorso della malattia oppure sulle conseguenze dell'infortunio?

Vi sono altri terapisti coinvolti nel trattamento?

Sì No

Se sì: Nome, indirizzo

6 Osservazioni

7 Altri annunci

La mia incapacità al guadagno annunciata anche presso

Assicurazione federale per l'invalidità (AI)

Sono state riconosciute prestazioni

a _____ % dal

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

Assicurazione contro gli infortuni

a _____ % dal

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

Se sì: Nome, indirizzo

Numero di riferimento

Assicurazione diurna per malattia

Numero di riferimento

Se sì: Nome, indirizzo

Cassa malati

Numero di riferimento

Se sì: Nome, indirizzo

Altri assicuratori

Numero di riferimento

Se sì: Nome, indirizzo

Se la cassa pensione è assicurata presso Zurich:

Numero del contratto

Per agevolare l'esame della sua pretesa, la preghiamo di trasmetterci copie dei rapporti medici e delle decisioni di altri assicuratori (decisione AI, carta dell'incidente ecc.) già in suo possesso.

8 Comunicazione fiscale

Le compagnie di assicurazioni sulla vita sono obbligate a denunciare le prestazioni per incapacità di guadagno all'Amministrazione federale delle contribuzioni purché la rendita annua non superi l'importo di CHF 500. Qualora venga sollevata opposizione contro la presente comunicazione fiscale, Zurich è obbligata a consegnare all'Amministrazione federale delle contribuzioni il 15% di tutte le prestazioni per incapacità di guadagno soggette all'obbligo di denuncia, a carico delle prestazioni assicurate.

In assenza di un suo riscontro, in caso di prestazione provvederemo a una comunicazione fiscale.

9 Pagamento

La prestazione assicurata deve essere trasferita nel modo seguente:

Codice IBAN

Nome posta/banca

Titolare del conto

Indirizzo domicilio del titolare del conto

Numero della polizza

Luogo e data

Firma

10 Dichiarazione del creditore pignoratizio

Se la sua polizza è costituita in pegno, ai fini del pagamento sul conto da lei indicato al punto 9 ci occorre la seguente autorizzazione da parte del creditore pignoratizio.

Tali benefici non riducono la sostanza dell'assicurazione.

Il creditore pignoratizio firmatario autorizza Zurich a pagare al contraente tutte le prestazioni per causa di incapacità al guadagno.

Luogo e data

Firma e timbro del
creditore pignoratizio

Autorizzazione

Evento del _____

La persona firmataria prende atto del fatto che, in relazione alla liquidazione del sinistro e delle prestazioni, oltre che per altre finalità come il sostegno alla reintegrazione, la Zurigo Compagnia di Assicurazioni sulla Vita SA (Zurich Vita) tratta dati riferiti a persone fisiche (dati personali). Maggiori informazioni su tale trattamento sono consultabili nella dichiarazione sulla protezione dei dati di Zurich Vita. Questa dichiarazione sulla protezione dei dati è consultabile all'indirizzo www.zurich.ch/it/protezione-dei-dati o può essere richiesta alla Zurigo Compagnia di Assicurazioni SA, Protezione dei dati, Casella postale, 8085 Zurigo, datenschutz@zurich.ch.

Zurich Vita si riserva, in questo contesto e negli altri casi previsti dalla dichiarazione sulla protezione dei dati, il diritto di inviare a soggetti terzi i dati personali, compresi eventualmente quelli sullo stato di salute, in questo contesto e negli altri casi previsti dalla dichiarazione sulla protezione dei dati. La persona firmataria si impegna a informare i soggetti terzi i cui dati personali vengono forniti a Zurich Vita in merito al trattamento dei loro dati personali da parte di Zurich Vita.

Zurich Vita necessita di informazioni e documentazione per chiarire il suo obbligo di prestazione ed eventualmente per erogare le prestazioni assicurate.

La persona firmataria acconsente pertanto a che

- i medici
- gli ospedali e altri istituti assistenziali residenziali (p. es. case di cura, case di riposo)
- i datori di lavoro
- gli uffici e le autorità (p. es. autorità penali, polizia, servizi sociali, servizi di assistenza)
- l'assicurazione per l'invalidità (AI) e l'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (AVS)
- la cassa/le casse pensioni
- la cassa/le casse malati
- l'assicurazione/le assicurazioni infortuni obbligatoria/obbligatorie o privata/private
- l'assicurazione militare
- la cassa/le casse di disoccupazione
- gli assicuratori privati (p. es. assicurazione indennità giornaliera per malattia, assicurazione sulla vita, assicurazione responsabilità civile)
- e il rispettivo personale

forniscano a Zurich Vita e agli incaricati o alle incaricate da Zurich Vita informazioni, consentano la presa visione dei suoi atti, compresi quelli sul precedente stato di salute e consegnino copie della documentazione. La persona firmataria esonera gli uffici menzionati dagli obblighi di segretezza relativamente a questo scopo. Zurich Vita tratta le informazioni ricevute in conformità con il diritto in materia di protezione dei dati. Ulteriori informazioni in proposito sono disponibili alla pagina www.zurich.ch/it/protezione-dei-dati.

Questi consensi e queste esenzioni valgono nell'ambito del loro scopo senza limiti di tempo. Possono essere revocati in qualsiasi momento mediante dichiarazione scritta a Zurich Vita. Una revoca vale solo per il futuro e può comportare la mancata erogazione delle prestazioni. Zurich Vita può continuare a trattare dati personali anche in caso di revoca, nella misura in cui tale trattamento sia giuridicamente ammesso o abbia come scopo un interesse preponderante.

Cognome, nome _____

Luogo e data _____

Numero della polizza _____

Numero AVS _____

Firma della
persona assicurata _____