

## Domanda di prestazioni in caso d'incapacità al guadagno

### Previdenza privata

#### 1. Persona assicurata

Nome	<input type="text"/>	Cognome	<input type="text"/>
Via/n°	<input type="text"/>	NPA/località	<input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/>	N° di sicurezza sociale (N° AVS)	<input type="text"/>
N° telefono	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
N° polizza	<input type="text"/>		

#### 2. Informazioni sul caso di prestazione

2.1 Informazioni sulla malattia:	Malattia dal <input type="text"/>	Incapacità al lavoro dal <input type="text"/>
----------------------------------	-----------------------------------	---

Descrizione precisa del tipo di malattia, diagnosi

2.2 Informazioni sull'infortunio:	<input type="checkbox"/> Infortunio	<input type="checkbox"/> Incidente stradale	Data dell'infortunio <input type="text"/>	Incapacità al lavoro dal <input type="text"/>
-----------------------------------	-------------------------------------	---	---	---

Descrizione precisa dell'infortunio (luogo, ora, circostanze)

Tipo di lesione (parti del corpo interessate, tipo di danno ecc.)

L'infortunio è stato causato da una terza persona?

☐ Sì ☐ No

Se sì, nome/indirizzo terza persona

Nome/indirizzo assicuratore responsabilità civile terza persona



## 2.3 Cure mediche:

**Data della prima visita medica:**

E' in cura medica?

☐ Sì ☐ No

**Se sì, dal**

**Nome/indirizzo medico di famiglia**

**Nome/indirizzo medico curante**

In precedenza è stato in cura da un altro medico?

☐ Sì ☐ No

**Se sì, nome/indirizzo medico**

**Trattamento dal**

  
  


**al**

  
  


E' stato o è necessario un ricovero ospedaliero?

☐ Sì ☐ No

**Se sì, nome/indirizzo ospedale**

**Ricovero dal**

  
  


**al**

  
  


## 2.4 Incapacità al lavoro:

	<b>dal</b>	<b>al</b>
%	<input type="text"/>	<input type="text"/>
%	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 2.5 In passato è già stato malato per la stessa causa?

☐ Sì ☐ No

**Se sì, dal**

  


**al**

  


## 2.6 E' già stato in cura medica o sotto controllo medico per questo motivo?

☐ Sì ☐ No

**Se sì, dal**

  


**al**

  


**Nome/indirizzo medico curante**



2.7 E' già stato inabile al lavoro per questo motivo?

☐ Sì ☐ No

Se sì, dal

al


### 3. Informazioni professionali

#### 3.1 Informazioni generali

Datore di lavoro

Data d'entrata

Via/n°

Grado d'occupazione

%

NPA/località

Salario annuo

CHF

Tipo di attività

☐ Dipendente

☐ Indipendente

☐ In formazione

☐ Senza attività lucrativa

☐ Pensionato/a

☐ Disoccupato/a

☐ Impiego a tempo de  
terminato/temporaneo

☐ Casalingo/a

Definizione dell'attività professionale:

Il rapporto di lavoro è stato disdetto?

☐ Sì ☐ No

Se sì, dal

Il rapporto di lavoro è stato disdetto in seguito all'incapacità al lavoro?

☐ Sì ☐ No

3.2 E' prevista una ripresa del lavoro o è già avvenuta?

☐ Sì ☐ No

Se sì,

%

dal

3.3 Lavora anche presso altri datori di lavoro?

☐ Sì ☐ No

Se sì, grado di occupazione

%

È inabile al lavoro anche per questa attività?

☐ Sì ☐ No

Se sì, grado incapacità al lavoro

%

3.4 Ha richiesto e/o percepisce prestazioni dell'assicurazione contro la disoccupazione?

☐ Sì ☐ No

Se sì, nome/indirizzo cassa di disoccupazione

### 4. Altre informazioni

4.1 Il caso di prestazioni è stato notificato ad un'altra compagnia di assicurazioni svizzera o estera?

☐ Sì ☐ No

Nome/indirizzo

☐ Assicurazione indennità  
giornaliera per malattia

☐ Assicurazione infortuni

☐ Assicurazione militare

☐ Previdenza professionale



**Nome/indirizzo**

☐ Altra assicurazione

Percepisce prestazioni da una di queste assicurazioni?

☐ Sì ☐ No

**Se sì, nome**

**dal**

**Se sì, nome**

**dal**

4.2 E' stata presentata una domanda di rilevamento tempestivo e/o di prestazioni all'Assicurazione invalidità (AI)?

☐ Sì ☐ No

**Se sì, le**

**Nome/indirizzo ufficio AI**

E' sostenuto da provvedimenti d'integrazione dell'AI?

☐ Sì ☐ No

**Se sì, tipo di provvedimenti**

**dal**

**al**

4.3 E' sostenuto da un case management?

☐ Sì ☐ No

**Se sì, nome/indirizzo ditta**

**Se sì, n° polizza**

4.4 Possiede altri contratti d'assicurazione presso Pax?

☐ Sì ☐ No

4.5 Presso quale cassa malati obbligatoria è assicurato attualmente?

**Nome/indirizzo cassa malati**

**N° assicurato**

**dal**

4.6 Presso quale cassa malati obbligatoria era assicurato prima?

**Nome/indirizzo cassa malati**

## 5. Osservazioni



## 6. Documenti da inoltrare

La preghiamo di allegare le copie dei seguenti documenti:

- Conteggi di prestazioni assicurative (assicurazione indennità giornaliera per malattia, assicurazione infortuni ecc.)
- Decisioni e disposizioni di compagnie di assicurazioni svizzere ed estere
- Rapporto di polizia (in caso di incidente stradale)

## 7. Procure e dichiarazioni

I firmatari dichiarano di aver risposto a tutte le domande in modo veritiero. I firmatari sono responsabili dell'esattezza delle dichiarazioni, anche se queste sono state scritte da un'altra persona.

I firmatari rilasciano espressamente a Pax le seguenti autorizzazioni:

- Pax può elaborare tutti i dati personali – compresi i dati medici – al fine di eseguire il contratto ed evadere le prestazioni e i regressi.
- Per gli stessi scopi, se necessario o se imposto dalla legge, Pax può comunicare tutti i dati personali – compresi i dati medici – ad autorità, istituti di previdenza, coassicuratori, assicuratori precedenti, riassicuratori e assicuratori sociali (p. es. casse di compensazione, istituti di assicurazioni sociali, uffici AI, assicuratori d'infortuni e di malattia ecc.) e a terzi responsabili o ai loro assicuratori della responsabilità civile in Svizzera e all'estero.

- Per i medesimi scopi Pax può richiedere ed elaborare i dati personali – compresi i dati medici – alle persone, agli assicuratori e agli uffici sopraccitati, ai medici coinvolti e ai loro assistenti. A questo scopo i firmatari esonerano queste persone dal loro obbligo del segreto e di riservatezza.
- Per l'elaborazione dei casi di prestazione e l'evasione dei regressi Pax può ricorrere a uffici esterni e fornire a questi ultimi le informazioni necessarie e tutti i dati personali – compresi i dati medici – nel rispetto delle prescrizioni di legge sulla protezione dei dati ed esigendone il rispetto anche da parte degli uffici esterni. Le informazioni sul trattamento dei dati personali da parte di Pax si trovano nell'informativa sulla privacy su [www.pax.ch/protezione-dei-dati](http://www.pax.ch/protezione-dei-dati).

- 7.1 Accetto che il presente modulo, compilato nell'ambito della mia previdenza privata, venga trasmesso anche a Pax in qualità di assicuratore della previdenza professionale. Ciò allo scopo di semplificare la mia richiesta di prestazioni del secondo pilastro. L'assicurazione di previdenza professionale di Pax mi contatterà direttamente.

☐ Sì ☐ No

## 8. Firme

Con la Sua firma Lei conferma che le informazioni fornite sono complete e veritiere.

**Luogo/data**

**Nome/cognome  
in stampatello**

**Firma  
contraente**

**Luogo/data**

**Nome/cognome  
in stampatello**

**Firma  
persona assicurata (se  
non è identica al contra-  
ente)**

