

Domanda di prestazioni in caso d'incapacità al guadagno

1. Persona assicurata

Nome		Cognome	
Via/n°		NPA/località	
Data di nascita		N° di sicurezza sociale (N° AVS)	
N° telefono		E-Mail	
N° polizza			

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 <input type="text"/>		
2.2 Informazioni sull'infortunio:		<input type="checkbox"/> Infortunio <input type="checkbox"/> Incidente stradale
Data dell'infortunio <input type="text"/>		
Incapacità al lavoro da <input type="text"/>		
Descrizione precisa dell'infortunio (luogo, ora, circostanze) <input type="text"/>		
Tipo di lesione (parti del corpo interessate, tipo di danno ecc.) <input type="text"/>		

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:

Se sì, dal

Sì No

E' in cura medica?

Nome/indirizzo medico di famiglia

Se sì, dal

Sì No

In precedenza è stato in cura da un altro medico?

Trattamento dal

dal

Sì No

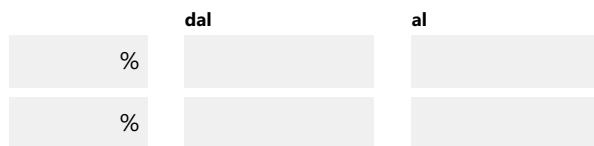
E' stato o è necessario un ricovero ospedaliero?

Ricovero dal

dal

Sì No

2.4 Incapacità al lavoro:



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?



3. Informazioni professionali

3.1 Informazioni generali

Datore di lavoro			Data d'entrata		
Via/n°			Grado d'occupazione		
NPA/località			Salario annuo		
Tipo di attività	Dipendente	Indipendente	In formazione	Senza attività lucrativa	
	Pensionato/a	Disoccupato/a	Impiego a tempo determinato/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?

	Nome/indirizzo
<input type="checkbox"/>	Assicurazione indennità giornaliera per malattia
<input type="checkbox"/>	Assicurazione infortuni
<input type="checkbox"/>	Assicurazione militare
<input type="checkbox"/>	Previdenza professionale



Nome/indirizzo		
<input type="checkbox"/> Altra assicurazione		
Percepisce prestazioni da una di queste assicurazioni?		
Se sì, nome	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
dal		
Se sì, nome	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
dal		
Si Si, le		
4.2 E' stata presentata una domanda di rilevamento temporaneo e/o di prestazioni all'Assicurazione invalidità (AI)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Nome/indirizzo ufficio AI		
dal		
Si		
E' sostenuto da provvedimenti d'integrazione dell'AI?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Se sì, tipo di provvedimenti	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
dal		
al		
4.3 E' sostenuto da un case management?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Se sì, nome/indirizzo ditta		
dal		
Si		
4.4 Possiede altri contratti d'assicurazione presso Pax?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Se sì, n° polizza		
dal		
Si		
4.5 Presso quale cassa malati obbligatoria è assicurato attualmente?		
Nome/indirizzo cassa malati	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
N° assicurato		
dal		
Si		
4.6 Presso quale cassa malati obbligatoria era assicurato prima?		
Nome/indirizzo cassa malati	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
dal		
Si		

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.

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

Firma
contraente

Nome/cognome
in stampatello

Luogo/data

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

Nome/cognome
in stampatello

