

Richiesta di prestazioni per incapacità al guadagno

Contratto n. _____

Nota bene

La richiesta deve essere inoltrata al più tardi un mese dopo la scadenza del periodo d'attesa.

Persona assicurata

Cognome _____ Nome _____
Via _____ NPA, località _____
Data di nascita _____ N. di telefono / cellulare n. _____

Attività prima dell'insorgere dell'incapacità di guadagno

Professione _____ Settore professionale _____
Funzione esatta _____
 A tempo pieno A tempo parziale _____ ore settimanali Indipendente Dipendente
Datore di lavoro _____
Indirizzo _____
Esercita una professione secondaria? sì no
Se sì, quale? _____
Ore settimanali _____

Causa dell'incapacità di guadagno

In caso di malattia: Inizio _____ Tipo di malattia _____
In caso d'infortunio: Data _____ Tipo di lesione _____

Durata dell'incapacità di guadagno

Incapacità di esercitare la professione _____ % dal _____ al _____
_____ % dal _____ al _____
_____ % dal _____ al _____



Cure mediche

Medici curanti (in caso di degenza in ospedale, indicare anche il reparto)

Inizio	Termine	Nome, Indirizzo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Quale medico può fornire informazioni relative all'intero decorso della malattia o dei postumi d'infortunio?

La cura prevede ulteriori terapeuti?

sì no

Quali? (Nome, Indirizzo)

Osservazioni

Altre notifiche

Della mia incapacità di guadagno si occupano anche

l'Assicurazione per l'invalidità (AI)

un assicuratore infortuni

Quale? (Nome, Indirizzo)

Assicuratore della responsabilità civile

Quale? (Nome, Indirizzo)

Ulteriori assicuratori

Quale? (Nome, Indirizzo)

Le prestazioni sono riconosciute

al _____ % da _____

al _____ % da _____

al _____ % da _____

al _____ % da _____

Se cassa pensioni/LPP assicurata presso Swiss Life

Polizza n _____

La verifica del suo diritto alle prestazioni, è agevolata, inoltrandoci copie di rapporti medici e di decisioni di altri assicuratori (decisioni dell'AI, certificato d'infortunio, ecc.) già esistenti.



Procura

Sono consapevole del fatto che Swiss Life necessita di determinati dati relativi alla mia persona per la verifica della prestazione in corso. La mancanza di questi dati può compromettere l'accettazione della richiesta di prestazioni.

Sono d'accordo che i miei dati personali (cognome e nome, sesso, data di nascita, professione, indirizzo) come pure i dati relativi alla salute vengano elaborati da Swiss Life allo scopo di verificare le prestazioni. Per la verifica delle prestazioni e la lotta contro gli abusi in materia d'assicurazione, Swiss Life può trasmettere questi dati anche a società del gruppo come pure ad altri assicuratori e riassicuratori coinvolti, in Svizzera e all'estero.

Sono altresì d'accordo che, per verificare le prestazioni, Swiss Life richieda informazioni sull'attuale andamento dei sinistri presso società del gruppo come pure uffici amministrativi e terzi, in particolare presso assicuratori cedenti.

Con la presente libero dall'obbligo del segreto medico, gli ospedali, i medici, gli psicologi, i terapeuti e i collaboratori delle casse malati, assicurazioni di indennità giornaliera, assicurazioni malattia e infortuni, uffici AVS e AI, assicurazioni vita, casse pensioni, riassicuratori, come pure terzi (conformemente alla menzione sull'avviso di sinistro), e autorizzo Swiss Life la visione degli atti necessari per l'esame della pratica, in particolare l'accertamento del diritto alle prestazioni.

Inoltre Swiss Life è legittimata a trasmettere ad altri assicuratori, p.es. casse malati, assicurazioni di indennità giornaliera, SUVA, AVS e AI, assicurazioni vita, casse pensioni, riassicuratori, come pure periti e medici, allo scopo di definire le prestazioni. Swiss Life può trasmettere questi dati anche a terzi per la lotta gli abusi in materia d'assicurazione.

Polizza n _____

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data _____ Firma della persona assicurata _____

Obbligo di notifica fiscale (ai sensi della Legge federale del 13.10.1965 sull'imposta preventiva)

Le società d'assicurazione sulla vita sono tenute a notificare le prestazioni in caso d'incapacità di guadagno all'Amministrazione federale delle contribuzioni, a condizione che la rendita annuale superi l'importo di 500 franchi. Se viene presentato ricorso contro la suddetta notifica fiscale, Swiss Life è tenuta a versare all'Amministrazione federale delle contribuzioni il 15% delle prestazioni per l'incapacità di guadagno soggette a notifica a carico delle prestazioni assicurate, senza comunicare il nome della persona avente diritto.

Senza avviso contrario da parte sua, l'annuncio al fisco sarà effettuato.



Versamento

Versamento all'istituto finanziario seguente:

Istituto finanziario in Svizzera

IBAN _____

Nome dell'istituto finanziario _____

Titolare del conto (persona fisica /
giuridica¹) _____

Indirizzo di domicilio / della sede del
titolare del conto (se differente dal
contraente) _____

Istituto finanziario in Europa

IBAN _____

Nome dell'istituto finanziario _____

Indirizzo dell'istituto finanziario _____

Paese dell'istituto finanziario _____

Titolare del conto (persona fisica /
giuridica¹) _____

Indirizzo di domicilio / della sede del
titolare del conto (se differente dal
contraente) _____

Istituto finanziario al di fuori dell'Europa

N. di conto bancario _____

Codice SWIFT _____

Nome dell'istituto finanziario _____

Indirizzo dell'istituto finanziario _____

Paese dell'istituto finanziario _____

Titolare del conto (persona fisica /
giuridica¹) _____

Indirizzo di domicilio / della sede del
titolare del conto (se differente dal
contraente) _____

¹ Nel caso di persone giuridiche e di società di persone esercitanti attività operativa, è necessario compilare il formulario "Accertamento dei detentori del controllo di persone giuridiche e società di persone con attività operativa".

Nel caso di società di sede (persone giuridiche e di società di persone non esercitanti attività operativa), il proponente / contraente è tenuto a compilare il formulario "Determinazione dell'avente economicamente diritto".



Se il destinatario del pagamento non è la persona avente diritto secondo il contratto, occorrono le seguenti indicazioni supplementari:

Persona avente diritto (persona fisica / giuridica)

Cognome, nome / Ditta _____

Indirizzo di domicilio / della sede _____

Data di nascita / di fondazione _____

Nazionalità / Stato di domicilio _____

Luogo, data

Firma

Se la polizza è costituita in pegno, il versamento viene effettuato a favore della creditrice pignorataria.

Dichiarazione del creditore pignorante

Il sottoscritto creditore pignorante autorizza Swiss Life a versare tutti i pagamenti al contraente in caso di incapacità di guadagno.

Luogo e data

Timbro e firma del creditore pignorante

