

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. _____

Indirizzo e-mail _____

N. AVS 756.

--	--	--	--	--

 .

--	--	--	--	--

 .

--	--

Questo numero può essere trovato sul certificato di assicurazione AVS o sulla carta di assicurazione della vostra assicurazione malattia.

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	Le prestazioni sono riconosciute
<input type="checkbox"/> l'Assicurazione per l'invalidità (AI)	al _____ % da _____
<input type="checkbox"/> un assicuratore infortuni	al _____ % da _____

Quale? (Nome, Indirizzo) _____

<input type="checkbox"/> Assicuratore della responsabilità civile	al _____ % da _____
---	---------------------

Quale? (Nome, Indirizzo) _____

<input type="checkbox"/> Ulteriori assicuratori	al _____ % da _____
---	---------------------

Quale? (Nome, Indirizzo) _____

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

La prestazione viene versata a (p.f. selezionare un'opzione):

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Stipulante / Contraente | <input type="radio"/> Genitori / Nonni |
| <input type="radio"/> Coniuge / Partner registrata/o | <input type="radio"/> Istituzione di previdenza del secondo pilastro |
| <input type="radio"/> Partner convivente domiciliata/o nella medesima economia domestica | <input type="radio"/> Organizzazioni di pubblica utilità riconosciute (solo con certificazione ZEWO o marchio di qualità SQS VMI) |
| <input type="radio"/> Figli / Nipoti | <input type="radio"/> Persone / Uffici con diritto contrattuale o altro diritto legale |

Se il versamento non viene effettuato allo stipulante / al contraente, occorre inoltrare una copia di un documento ufficiale valido (carta d'identità, fronte e retro). A seconda dell'esito della verifica individuale è possibile richiedere ulteriori documenti. Documenti d'identità validi: passaporto; carta d'identità (Svizzera, Liechtenstein e Paesi Schengen)

Istituto finanziario

IBAN _____

N. conto (al di fuori dell'Europa) _____

Codice SWIFT (al di fuori dell'Europa) _____

Nome dell'istituto finanziario _____

Indirizzo dell'istituto finanziario _____

Paese dell'istituto finanziario _____

Titolare del conto (persona fisica/giuridica¹) _____

Indirizzo di domicilio / Indirizzo 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 _____

N. AVS 756. . .

Questo numero può essere trovato sul certificato di assicurazione AVS o sulla carta di assicurazione della vostra assicurazione malattia.

Luogo, data

Firma

Firma del creditore pignoratizio (se il contratto è stato costituito in pegno)

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

Luogo, data

Firma del creditore pignoratizio

(Cognome e nome delle persone sottoscritte)

- Le istruzioni di pagamento possono essere confermate anche con lettera a parte.
- Se i diritti derivanti dal presente contratto non sono più costituiti in pegno occorre inviarci una notifica di svincolo del diritto di pegno scritta.

