

## Richiesta di indennità giornaliera per ospedalizzazione

Contratto n. \_\_\_\_\_

### Nota bene

La richiesta va inoltrata al più presto dopo una durata d'ospedalizzazione di 30 giorni oppure alla fine del ricovero ospedaliero o del soggiorno di cura. Per i soggiorni di cura va inoltrata anche la prescrizione del medico che provvede al ricovero.

### Persona assicurata

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ NPA/località \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ N. di telefono / cellulare n. \_\_\_\_\_

### Dichiarazioni della persona assicurata

Tipo di malattia o di lesione \_\_\_\_\_

Si tratta di un incidente?  sì  no

Data della prima consultazione medica \_\_\_\_\_

Medico che prescrive il ricovero (Nome, Indirizzo) \_\_\_\_\_

Ci sono stati trattamenti precedenti dovuti alla stessa causa?  sì  no

Se sì, da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Presso quale medico o ospedale? \_\_\_\_\_

Nome, Indirizzo \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

### Osservazioni

---

---

---

---



## 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 \_\_\_\_\_



### Attestazione di degenza o soggiorno

#### Nota bene

P.f. far compilare l'attestazione di degenza o soggiorno dall'amministrazione dell'ospedale o della casa di cura. È altresì possibile inviarci una copia della fattura munita della data di ricovero e di quella del rilascio.

- Degenza in hospitale dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Soggiorno di cura dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Causa  postumi d'infortunio  malattia  parto

Luogo e data

Timbro e firma dell'amministrazione dell'ospedale o della casa di cura

### Versamento

#### Versamento all'istituto finanziario seguente:

**Istituto finanziario in Svizzera**

IBAN \_\_\_\_\_

Nome dell'istituto finanziario \_\_\_\_\_

Titolare del conto (persona fisica /  
giuridica<sup>1</sup>) \_\_\_\_\_

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 /  
giuridica<sup>1</sup>) \_\_\_\_\_

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 /  
giuridica<sup>1</sup>) \_\_\_\_\_

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

<sup>1</sup> 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

