

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.

Le nostre dichiarazioni sulla protezione dei dati sono reperibili al sito <https://www.swisslife.ch/it/privacy>.

Persona assicurata

Cognome _____ Nome _____
Via _____ NPA/località _____
Data di nascita _____ Telefono / cellulare _____
Indirizzo e-mail _____

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.

Swiss Life è autorizzata a trasmettere questi dati, inclusi dati personali degni di particolare protezione, ad altri assicuratori e riassicuratori coinvolti in Svizzera e all'estero per la verifica delle prestazioni e la lotta contro gli abusi in materia d'assicurazione. Sono altresì d'accordo che, per verificare le prestazioni, Swiss Life richieda informazioni sull'attuale andamento dei sinistri presso uffici amministrativi, assicuratori e riassicuratori in Svizzera e all'estero coinvolti nel caso di prestazione.

Con la presente libero dal segreto professionale, dall'obbligo del segreto medico, contrattuale e legale gli ospedali, i medici, gli psicologi, i terapeuti e il relativo personale delle casse malati, assicurazioni d'indennità giornaliera malattia, assicurazioni contro le malattie e gli infortuni, gli uffici AVS e AI, assicurazioni sulla vita, casse pensioni, assicurazioni sociali, riassicuratori nonché terzi, che sono in grado di fornire informazioni sull'evento sopraggiunto. Li autorizzo a fornire a Swiss Life le informazioni e consentire la visione degli atti necessari per la verifica della pratica, in particolare per l'accertamento del diritto alle prestazioni assicurate.

Autorizzo inoltre Swiss Life a trasmettere informazioni e documenti (compresi i documenti medici e gli atti a nostra disposizione di ulteriori assicurazioni coinvolte) ad altri assicuratori, p.es. casse malati, assicurazioni d'indennità giornaliera malattia, assicurazioni contro le malattie e gli infortuni, uffici AVS e AI, assicurazioni sulla vita, casse pensioni, riassicuratori nonché a periti e medici allo scopo del disbrigo delle prestazioni.

Tutte le dichiarazioni e i consensi concessi valgono nell'ambito del loro scopo anche dopo il decesso senza limiti di tempo. Posso revocare in qualsiasi momento i consensi nei confronti di Swiss Life. La revoca ha effetto solo per il futuro e può comportare l'impossibilità di erogare prestazioni. Swiss Life può trattare i dati personali anche dopo la revoca, nella misura in cui ciò sia consentito dalla legge o sia motivato da interessi preponderanti.

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 ospedale 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

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

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Contraente / Parte contraente | <input type="radio"/> Fratelli e sorelle |
| <input type="radio"/> Coniuge / Partner registrato | <input type="radio"/> Istituzione di previdenza del secondo pilastro |
| <input type="radio"/> Partner convivente domiciliato nella medesima economia domestica | <input type="radio"/> Organizzazioni di pubblica utilità riconosciute |
| <input type="radio"/> Figli / Nipoti | <input type="radio"/> Persone / Uffici con diritto contrattuale o altro diritto legale |
| <input type="radio"/> Genitori / Nonni | |

Se il versamento non viene effettuato al contraente / alla parte contraente, per il destinatario del pagamento occorre inoltrare una copia di un documento ufficiale valido (carta d'identità, fronte e retro).

Documenti d'identità validi:

passaporto, carta d'identità (Svizzera, Liechtenstein e Paesi Schengen), licenza di condurre svizzera (solo in formato carta di credito), libretto per stranieri svizzero.

In alternativa, alla copia di un documento d'identità ufficiale valido è possibile trasmettere anche una copia di una lettera di un ufficio pubblico (p.es. documento fiscale, bolletta dell'elettricità).

A seconda dell'esito della verifica individuale potrebbero essere richiesti ulteriori documenti.

Utilizzo interno (da compilare dal consulente)

Contratto Swiss Life / Deposito premi n. _____

Soluzione d'investimento / 3a Start IBAN _____

intestato a _____

Importo* CHF _____

* Non indicare alcun importo se viene utilizzato l'importo totale.



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 diverso dal
contraente / dalla parte contraente) _____

¹ Per le persone giuridiche / società di persone con attività operativa occorre inoltrare il modulo «Accertamento dei detentori del controllo di persone giuridiche e società di persone con attività operativa (escluse le società di sede)» qualora il singolo versamento raggiunga o superi l'importo di CHF 15 000.00.

Per le società di domicilio (persone giuridiche / società di persone con attività non operativa) il contraente / la parte contraente deve compilare il formulario «Determinazione dell'avente economicamente diritto».

Qualora il titolare del conto non corrisponda al contraente / alla parte contraente, occorre fornire le seguenti indicazioni supplementari:

Titolare del conto (persona fisica / giuridica)

Cognome, nome / Ditta _____
Indirizzo di domicilio / della sede _____
Data di nascita / di fondazione _____
Nazionalità / Stato di domicilio _____

Confermo di essere autorizzata/o a comunicare dati personali di terzi nell'ambito della preparazione, dell'esecuzione e della gestione del contratto da parte dei rispettivi terzi e di aver espressamente richiamato l'attenzione di tali terzi sulle informazioni sulla protezione dei dati per il trattamento dei dati personali. Confermo che, a mia conoscenza, i dati personali di terzi comunicati sono corretti.

Luogo, data

Firma del contraente / della parte contraente

