Pax
Aeschenplatz 13, 4002 Basilea

Domanda di prestazioni in caso d'incapacità al guadagno
Previdenza privata

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 | **Incapacità al lavoro dal**

Descrizione precisa del tipo di malattia, diagnosi

2.2 Informazioni sull'infortunio: ☐ Infortunio ☐ Incidente stradale

Data dell'infortunio | **Incapacità al lavoro dal**

Descrizione precisa dell'infortunio (luogo, ora, circostanze)

Tipo di lesione (parti del corpo interessate, tipo di danno ecc.)

L'infortunio è stato causato da una terza persona? ☐ Sì ☐ No

Se sì, nome/indirizzo terza persona

Nome/indirizzo assicuratore responsabilità civile terza persona

.Pax

2.3 Cure mediche:

Data della prima visita medica:

E' in cura medica? ☐ Sì ☐ No **Se sì, dal**

Nome/indirizzo medico di famiglia

Nome/indirizzo medico curante

In precedenza è stato in cura da un altro medico? ☐ Sì ☐ No

Se sì, nome/indirizzo medico **Trattamento dal** **al**

E' stato o è necessario un ricovero ospedaliero? ☐ Sì ☐ No

Se sì, nome/indirizzo ospedale **Ricovero dal** **al**

2.4 Incapacità al lavoro:

	dal	al
%		
%		

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? ☐ Sì ☐ No

Se sì, dal **al**

3. Informazioni professionali

3.1 Informazioni generali

Datore di lavoro		**Data d'entrata**	
Via/n°		**Grado d'occupazione**	%
NPA/località		**Salario annuo**	CHF

Tipo di attività ☐ Dipendente ☐ Indipendente ☐ In formazione ☐ Senza attività lucrativa

☐ Pensionato/a ☐ Disoccupato/a ☐ Impiego a tempo de terminato/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? ☐ Sì ☐ No

	Nome/indirizzo
Assicurazione indennità giornaliera per malattia	
Assicurazione infortuni	
Assicurazione militare	
Previdenza professionale	

Nome/indirizzo

☐ Altra assicurazione

Percepisce prestazioni da una di queste assicurazioni? ☐ Sì ☐ No

Se sì, nome **dal**

Se sì, nome **dal**

4.2 E' stata presentata una domanda di rilevamento tempestivo e/o di prestazioni all'Assicurazione invalidità (AI)? ☐ Sì ☐ No **Si Sì, le**

Nome/indirizzo ufficio AI

E' sostenuto da provvedimenti d'integrazione dell'AI? ☐ Sì ☐ No

Se sì, tipo di provvedimenti **dal** **al**

4.3 E' sostenuto da un case management? ☐ Sì ☐ No

Se sì, nome/indirizzo ditta

4.4 Possiede altri contratti d'assicurazione presso Pax? ☐ Sì ☐ No **Se sì, n° polizza**

4.5 Presso quale cassa malati obbligatoria è assicurato attualmente?

Nome/indirizzo cassa malati **N° assicurato** **dal**

4.6 Presso quale cassa malati obbligatoria era assicurato prima?

Nome/indirizzo cassa malati

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.

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 contraente)**	
Nome/cognome in stampatello			

0416/PV/09.2023