

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

1. Persona assicurata

Nome	<input type="text"/>	Cognome	<input type="text"/>
Via/n°	<input type="text"/>	NPA/località	<input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/>	N° assicurazione sociale	<input type="text"/>
N° telefono	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
N° polizza	<input type="text"/>		

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



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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Nome/indirizzo datore di lavoro

Data d'entrata

--

Grado d'occupazione %

--

Salario annuo CHF

--

Tipo di attività

Dipendente Indipendente In formazione Senza attività lucrativa
 Pensionato/a Disoccupato/a Impiego a tempo determinato/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

Se sì, il

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

dal

n. assicurato

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.

8. Firme

Con la Sua firma Lei conferma che le informazioni fornite sono complete e veritiere.

Luogo/data

**Nome/cognome
in stampatello**

Firma contraente

Luogo/data

**Nome/cognome
in stampatello**

**Firma persona assicurata
(se non è identica al
contraent)**



Informazioni per il pagamento

Previdenza Privata

Contraente

Nome

Cognome

Data di nascita

N° polizza

La persona beneficiaria è:

Una persona fisica

Nome

Cognome

Data di nascita

Nazionalità (tutte)

Indirizzo di residenza

NPA/località

Nazione di residenza

Un'azienda (una persona giuridica, una società in nome collettivo/in accomandita)

Per favore compilare in questo caso il modulo «Accertamento dei detentori del controllo».

Ragione sociale

Data di costituzione

Indirizzo di domicilio

NPA/località

Nazione

Dettagli sul conto

Desidero il pagamento sul seguente conto:

Titolare del conto

IBAN (n° conto postale)

Nome della banca

IBAN (n° conto bancario)

BIC/SWIFT



Obbligo di dichiarazione in caso di prestazioni in forma di rendita e di capitale

Se il pagamento proveniente da una polizza assicurativa è superiore a CHF 500.00 all'anno (rendita) o a CHF 5'000.00 (prestazione in capitale), siamo tenuti a notificare i nostri pagamenti all'Amministrazione federale delle contribuzioni. La dichiarazione è obbligatoria solo se l'avente diritto è residente o ha sede statutaria in Svizzera.

Prima del pagamento può comunicarci per iscritto che la notifica all'Amministrazione federale delle contribuzioni non dovrà avere luogo. In questo caso sarà trattenuto il 15 per cento da tutte le rendite rispettivamente l'8 per cento da tutte

le prestazioni in capitale che sono soggette all'obbligo di dichiarazione. Questi importi saranno trasmessi in forma anonima. La trattenuta dell'imposta preventiva non estingue le imposte sul reddito e sulla sostanza.

Il rimborso dell'imposta preventiva può essere richiesto all'Amministrazione federale delle contribuzioni. Il diritto al rimborso si estingue se la richiesta non viene presentata entro tre anni dopo la scadenza dell'anno civile in cui è stata erogata la prestazione assicurativa.

Firma

Apponendo la Sua firma conferma la completezza e la correttezza dei dati forniti.

Luogo/data

Firma contraente

