

## Richiesta di prestazioni (indennità giornaliera di ospedalizzazione, caso di cura, ecc.) Previdenza privata

---

### Contraente / persona assicurata

Nome	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Cognome	<input type="text"/>	Prodotto assicurativo	<input type="checkbox"/> Indennità giornaliera di ospedalizzazione
Via/n°	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Assicurazione di cura
NPA/luogo	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Assicurazione in caso di necessità di cure
Stato	<input type="text"/>	Causa	<input type="checkbox"/> Malattia <input type="checkbox"/> Infortunio
Data di nascita	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Maternità
N° cellulare	<input type="text"/>		

---

### Motivazione della prestazione

#### Descrizione particolareggiata

#### Nome, indirizzo del medico/ospedale che può dare informazioni in proposito

#### Nome, indirizzo del medico di famiglia

---

### Avviso sulla protezione dei dati

Le informazioni sul trattamento dei dati personali da parte di Pax si trovano nell'informativa sulla privacy su [www.pax.ch/protezione-dei-dati](http://www.pax.ch/protezione-dei-dati).

Si impegna a informare le persone interessate di cui sopra entro i termini previsti dalla legge che i loro dati personali vengono trasmessi a Pax e a portarle a conoscenza delle suddette disposizioni di Pax relative alla protezione dei dati.

---

### Firma

Con la Sua firma Lei conferma che le informazioni che ha fornito a Pax sono complete e veritiere.

Luogo/data	<input type="text"/>	Firma	<input type="text"/>
Nome/cognome in stampatello	<input type="text"/>		

