

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.

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"/>		

