



## Notifica di sinistro in caso di incapacità lavorativa

Prima di compilare il modulo di notifica di sinistro, voglia tenere presente quanto segue: può notificarci il suo sinistro anche online tramite il nostro sito web <http://clp.partners.axa.ch/schaden> e poi seguire online l'andamento del suo sinistro. Può inviarci il suo modulo di notifica compilato anche via fax, e-mail o per posta.

### 1. Avvertenze importanti

**Prima di compilare il modulo di notifica di sinistro, voglia esaminare le seguenti domande:**

**La sua incapacità lavorativa sussisteva già prima dell'inizio dell'assicurazione?**

Per un'incapacità lavorativa che sussisteva già prima dell'inizio dell'assicurazione non è prevista alcuna copertura assicurativa.

**La malattia che ha portato alla sua incapacità lavorativa era già stata trattata prima dell'inizio dell'assicurazione?**

In questo caso potrebbe esserci un'esclusione per malattie preesistenti. In caso di dubbio, non esiti a chiamarci.

**Soffre di una malattia di natura psichica?**

Una prestazione è possibile solo se l'incapacità lavorativa le è stata certificata da uno psichiatra avente sede in Svizzera.

**Com'era il suo rapporto di lavoro nel momento in cui è subentrata l'incapacità lavorativa?**

Se al momento dell'insorgere dell'incapacità lavorativa non si trovava in un rapporto di lavoro retribuito, a tempo indeterminato e non disdetto con le ore di lavoro settimanali minime definite nelle condizioni generali d'assicurazione, non sussiste purtroppo alcuna copertura assicurativa.

### Cosa deve fare per far valere presso di noi le sue pretese relative al sinistro?

**Fase 1:** Compili integralmente il modulo di notifica e lo firmi a pagina 4.

**Fase 2:** Faccia compilare l'allegata notifica del medico dal suo medico di famiglia curante nonché eventualmente dal suo medico specialista e allegli la documentazione al modulo di notifica di sinistro.

**Fase 3:** Allegli anche i documenti elencati al punto 7 e ce li invii unitamente al modulo di notifica di sinistro compilato.

Dopo che la documentazione ci sarà pervenuta, riceverà entro una-due settimane la nostra decisione o una notifica provvisoria. Se dovessimo aver bisogno di altri documenti o informazioni da parte sua, glielo faremo sapere.

**Tenga presente che potremo valutare il suo diritto alle prestazioni assicurative solo se ci invierà tutta la necessaria documentazione. Un mancato inoltro comporta un ritardo nel trattamento ed eventualmente nel pagamento delle prestazioni. Tramite il sito web sopra menzionato potrà caricare gratuitamente la documentazione.**

### 2. Dati personali

Signora  Signor

Nome

\_\_\_\_\_

Data di nascita

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome

\_\_\_\_\_

Professione

\_\_\_\_\_

Via/N.

\_\_\_\_\_

Telefono/privato

\_\_\_\_\_

NPA/Località

\_\_\_\_\_

Cellulare

\_\_\_\_\_

E-Mail

\_\_\_\_\_

**3. Dati sul suo contratto di assicurazione**

Creditore

\_\_\_\_\_

Numero conto di credito o numero di contratto

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Inizio del contratto conformemente alla conferma di assicurazione

--	--	--	--	--	--	--	--

**4. Pagamento della prestazione assicurativa**

Se riconosceremo il suo sinistro, il pagamento della prestazione assicurativa avverrà ai sensi delle Condizioni Generali di Assicurazione. Il versamento sarà effettuato al suo creditore sopra menzionato a copertura dei suoi obblighi di pagamento derivanti dal contratto di credito.

**5. Dati relativi alla sua incapacità lavorativa**

1. a) Quale disturbo (malattia, infortunio) desidera notificarci?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Da quando sussiste questo disturbo?

--	--	--	--	--	--	--	--

2. a) Quale medico ha constatato **per la prima** volta questa alterazione dello stato di salute?

Nome

Via/N.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NPA/Località

Telefono

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. b) Quando è stato constatato per la prima volta questo disturbo?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Chi è attualmente il suo medico curante?

Nome

Via/N.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NPA/Località

Telefono

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. a) Quali altri medici sono stati consultati a causa del disturbo menzionato al punto 1.a)?

Nome

Via/N.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NPA/Località

Telefono

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) In che periodo?

dal

--	--	--	--	--	--	--	--

al

--	--	--	--	--	--	--	--

5. Chi era il suo medico **prima della** stipulazione del contratto di assicurazione?

Nome

Via/N.

---

---

NPA/Località

Telefono

---

---

6. a) Chi è al momento il **suo medico di famiglia**?

Nome

Via/N.

---

---

NPA/Località

Telefono

---

---

b) Da quando è in cura presso il suo medico di famiglia?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**6. Compilare a titolo integrativo in caso di incidenti:**

1.) Quando si è verificato l'incidente?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.) Si tratta di un incidente per cui l'autorità di polizia ha redatto il verbale?

Sì                       No

In caso affermativo, alleggi il rapporto della polizia.

3.a) È stato sottoposto a un esame dell'alcoemia?

Sì                       No

b) Se sì, qual è stato il risultato dell'analisi del sangue?

---

---

4.) Ci illustri l'incidente a parole sue:

cfr. foglio allegato

---

---

---

---

---

## 7. Documenti da consegnare

**Voglia presentarci la seguente documentazione unitamente al modulo di notifica di sinistro compilato e firmato. Indichi con una crocetta i documenti che ha allegato:**

- Una copia del **contratto di lavoro** che sussisteva all'atto della **stipulazione dell'assicurazione** (con indicazioni concernenti durata e natura del rapporto di lavoro)
- Una copia del **contratto di lavoro** che sussisteva al momento dell'**insorgenza dell'incapacità lavorativa**
- Una copia dell'ultimo **conteggio salariale** o una **copia della disdetta**, se non esiste un conteggio salariale aggiornato
- Una copia dell'allegato **rapporto del medico di famiglia, compilato e firmato dal medico curante**
- Se vi è stato anche un trattamento da parte di un medico specialista:* a titolo integrativo una copia del rapporto dello specialista
- Se l'incapacità lavorativa è stata provocata da un incidente:* una copia della **relazione d'incidente o del verbale della polizia**
- Se un'altra persona difende i suoi interessi:* una **procura** da lei firmata
- Se percepisce già una rendita:* una copia della **prima decisione di assegnazione della rendita**

### **Informazione importante:**

**Potremo valutare il suo diritto alle prestazioni assicurative solo se ci invierà *tutta* la documentazione. Un mancato inoltro comporta un ritardo nel trattamento ed eventualmente nel pagamento delle prestazioni. Se si è registrato, potrà caricare gratuitamente la documentazione tramite il sito web <http://clp.partners.axa/ch/schaden>.**

## 8. Dichiarazioni conclusive

Sono diventato inabile al lavoro e richiedo le prestazioni assicurative ai sensi delle Condizioni Generali di Assicurazione (CGA). Con la presente dichiaro di aver risposto in modo completo e veritiero a tutte le domande. Sono a conoscenza del fatto che l'assicuratore non è vincolato al contratto e che può esigere il rimborso integrale o parziale delle prestazioni versate se ho dichiarato inesattamente o taciuto dei fatti che escluderebbero o limiterebbero l'obbligo dell'assicuratore nell'intento d'indurlo in errore o se, nel medesimo intento, non ho fatto o ho fatto tardivamente le comunicazioni che per legge mi incombono.

### **Clausola di consenso ai sensi della Legge federale sulla protezione dei dati (LPD)**

Autorizzo AXA Assicurazioni SA e altre società del Gruppo AXA (di seguito denominate insieme "AXA") a rilevare, elaborare, trasmettere e salvare in Svizzera e nei paesi dello Spazio Economico Europeo i miei dati personali necessari per trattare la presente notifica di sinistro. Accetto inoltre che questi dati personali, comprensivi della corrispondenza intrattenuta, fino alla decisione definitiva in merito al sinistro possano essere trasmessi al mio creditore o fornitore di leasing, a condizione che questi sia al tempo stesso stipulante avente diritto.

### **Esonero dall'obbligo di riservatezza:**

Autorizzo AXA a verificare e utilizzare le indicazioni da me fornite in merito al mio stato di salute. Allo scopo di verificare l'obbligo di prestazione, con la presente libero dal segreto professionale i medici, gli infermieri, i dipendenti o gli incaricati di ospedali, altri istituti di cura, case di riposo, assicuratori di persone, casse malati, associazioni di categoria e autorità pubbliche indicati nei documenti presentati nel caso di assicurazione in esame o che erano coinvolti nelle cure mediche.

Luogo, data

---

Firma della persona assicurata

---

# Panoramica delle sue domande

## **Cosa accade dopo l'invio della mia notifica di sinistro e dei miei documenti?**

Elaboriamo i suoi documenti il più velocemente possibile. Dopo che la documentazione ci sarà pervenuta, riceverà entro una-due settimane la nostra decisione o una notifica provvisoria. Se dovessimo aver bisogno di altri documenti o informazioni da parte sua, glielo faremo sapere.

## **Su quale conto versiamo la prestazione assicurativa (a condizione che riconosciamo il suo sinistro)?**

Fino a che non riceverà la lettera con la nostra decisione, lei è tenuto a continuare a pagare le sue rate mensili incluso il premio per l'assicurazione. Nella lettera con la nostra decisione le comunicheremo poi se e a partire da quando ci facciamo carico del pagamento delle sue rate. Se ci facciamo carico del pagamento delle sue rate, trasferiremo la prestazione assicurativa direttamente sul suo conto del contratto presso il suo creditore. Tenga presente che non possiamo predisporre i pagamenti su un altro conto.

## **In quali casi non ricevo alcuna prestazione dall'assicurazione?**

A tale proposito la invitiamo a leggere attentamente le Condizioni Generali di Assicurazione (CGA), in cui sono spiegati nei dettagli i motivi di esclusione.

## **Per quanto tempo vengono corrisposte le prestazioni assicurative?**

Per l'incapacità lavorativa ci facciamo carico per ciascun sinistro della prestazione massima pattuita contrattualmente. Nelle Condizioni Generali di Assicurazione trova informazioni più precise al riguardo. La base per questa prestazione, che avviene sempre con effetto retroattivo a 30 giorni, è il certificato d'incapacità lavorativa per il mese passato stilato dal suo medico curante o dal suo medico di famiglia. Il versamento dell'importo assicurato avviene dopo un periodo d'attesa. Sono determinanti le Condizioni Generali di Assicurazione.

## **Cosa accade se ho già ricevuto una diffida dal creditore o se non posso pagare i miei premi assicurativi?**

In un simile caso la invitiamo a contattare direttamente il suo creditore, con cui può concordare una regolamentazione.

## **Nel corso della durata della prestazione assicurativa devo pagare le mie rate mensili incl. il premio?**

Fintantoché il suo sinistro non è stato esaminato da noi e non è ancora stata riconosciuta una prestazione assicurativa, deve continuare a pagare la sua rata incl. il premio.

## **Quando si prescrivono le mie pretese derivanti dalla presente assicurazione?**

Le sue pretese si prescrivono se non ci notifica il suo sinistro entro due anni dal momento in cui subentra la sua incapacità lavorativa (art. 46 Legge federale sul contratto assicurativo).

## **Cosa accade se prima divento inabile al lavoro e poi disoccupato?**

Se percepisce già prestazioni assicurative per incapacità lavorativa e poi diventa anche disoccupato, continuano a essere versate prestazioni assicurative per incapacità lavorativa. Dopo la fine dell'incapacità lavorativa può presentare una domanda di prestazione assicurativa per disoccupazione. Ciò vale tuttavia solo se sono soddisfatte le ulteriori condizioni di cui alle CGA.



## Notifica del medico di famiglia in caso di incapacità lavorativa

Voglia inviare il modulo tramite la nostra pagina Internet <http://clp.partners.axa.ch/schaden>, per posta o via fax.

### 2. Dati personali

Signora  Signor

Nome

\_\_\_\_\_

Data di nascita

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome

\_\_\_\_\_

### 2. Informazioni in merito all'incapacità lavorativa della persona assicurata

1. Da quando la persona assicurata è suo paziente?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Da quale disturbo è causata l'incapacità lavorativa (diagnosi esatta)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.a) Da quando accusa questo disturbo?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

b) Da quando sussiste l'incapacità lavorativa al 100 per cento?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Quando la persona assicurata è stata informata per la prima volta della diagnosi?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Quando potrà presumibilmente essere ripreso il lavoro?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6.a) Da quali altri medici è stata curata la persona assicurata a causa di questo disturbo?

Nome

\_\_\_\_\_

Via/N.

\_\_\_\_\_

NPA/Località

\_\_\_\_\_

Telefono

\_\_\_\_\_

b) In che periodo?

Dal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

al

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Anamnesi della malattia

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. a) Sono state disposte radiografie o una risonanza magnetica?

Sì  No

b) Se sì, quando?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. a) La persona assicurata ha già ricevuto consulenza medica o un trattamento medico in precedenza a causa del disturbo attuale o di disturbi/malattie preesistenti che presentano un rapporto di causalità con esso?

Sì  No

b) Se sì, quando?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. a) La persona assicurata è in grado, sul piano della salute, di un'altra attività lavorativa, che corrisponda alla sua formazione e al suo attuale tenore di vita?

Sì  No

b) Se sì, quando?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11. a) L'incapacità lavorativa è da ricondurre a lesioni autoinflitte, a un tentato suicidio, ad abuso di droghe o medicinali, a problemi psichici, depressioni o a un'infezione da HIV?

Sì  No

b) Se sì, si prega di fornire indicazioni precise:

---

---

12. a) Le sono noti altri fattori che potrebbero influenzare il processo di guarigione?

Sì  No

b) Se sì, quali?

---

---

---

**Compilare solo se l'incapacità lavorativa è stata provocata da un incidente:**

13. a) Di quale tipo di incidente si è trattato?

Incidente stradale  Incidente nel tempo libero  Incidente sul lavoro

b) Per la persona assicurata è stato predisposto un esame dell'alcolemia?

Sì  No

c) Se sì, quando?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Compilare solo se l'incapacità lavorativa è legata a una malattia psichica:**

14. a) La persona assicurata è in cura psichiatrica?

Sì       No

b) Se sì, presso quali medici?

Nome

Via/N.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NPA/Località

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Luogo, data**

**Firma del medico con timbro dello studio**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Numero di telefono del medico**

\_\_\_\_\_

**Indicazione importante: eventuali spese sostenute per la compilazione del presente modulo di notifica di sinistro sono a carico della persona assicurata e devono essere addebitate a quest'ultima.**





## Notifica del medico specialista in caso di incapacità lavorativa

Voglia inviare il modulo tramite la nostra pagina Internet <http://clp.partners.axa.ch/schaden>, per posta o via fax.

### 2. Dati personali

Signora  Signor

Nome

\_\_\_\_\_

Data di nascita

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome

\_\_\_\_\_

### 2. Informazioni in merito all'incapacità lavorativa della persona assicurata

1. Da quando la persona assicurata è suo paziente?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Da quale disturbo è causata l'incapacità lavorativa (diagnosi esatta)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.a) Da quando accusa questo disturbo?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

b) Da quando sussiste l'incapacità lavorativa al 100 per cento?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Quando la persona assicurata è stata informata per la prima volta della diagnosi?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Quando potrà presumibilmente essere ripreso il lavoro?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6.a) Da quali altri medici è stata curata la persona assicurata a causa di questo disturbo?

Nome

\_\_\_\_\_

Via/N.

\_\_\_\_\_

NPA/Località

\_\_\_\_\_

Telefono

\_\_\_\_\_

b) In che periodo?

Dal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

al

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Anamnesi della malattia

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. a) Sono state disposte radiografie o una risonanza magnetica?

Sì  No

b) Se sì, quando?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. a) La persona assicurata ha già ricevuto consulenza medica o un trattamento medico in precedenza a causa del disturbo attuale o di disturbi/malattie preesistenti che presentano un rapporto di causalità con esso?

Sì  No

b) Se sì, quando?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. a) La persona assicurata è in grado, sul piano della salute, di un'altra attività lavorativa, che corrisponda alla sua formazione e al suo attuale tenore di vita?

Sì  No

b) Se sì, quando?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11. a) L'incapacità lavorativa è da ricondurre a lesioni autoinflitte, a un tentato suicidio, ad abuso di droghe o medicinali, a problemi psichici, depressioni o a un'infezione da HIV?

Sì  No

b) Se sì, si prega di fornire indicazioni precise:

---

---

12. a) Le sono noti altri fattori che potrebbero influenzare il processo di guarigione?

Sì  No

b) Se sì, quali?

---

---

---

**Compilare solo se l'incapacità lavorativa è stata provocata da un incidente:**

13. a) Di quale tipo di incidente si è trattato?

Incidente stradale  Incidente nel tempo libero  Incidente sul lavoro

b) Per la persona assicurata è stato predisposto un esame dell'alcolemia?

Sì  No

c) Se sì, quando?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Compilare solo se l'incapacità lavorativa è legata a una malattia psichica:**

14. a) La persona assicurata è in cura psichiatrica?

Sì       No

b) Se sì, presso quali medici?

Nome

Via/N.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NPA/Località

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Luogo, data**

**Firma del medico con timbro dello studio**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Numero di telefono del medico**

\_\_\_\_\_

**Indicazione importante: eventuali spese sostenute per la compilazione del presente modulo di notifica di sinistro sono a carico della persona assicurata e devono essere addebitate a quest'ultima.**