AXA
Credit & Lifestyle Protection
General-Guisan-Strasse 40
8400 Winterthur
http://clp.partners.axa/ch/schaden
E-Mail: clp.ch.service@partners.axa
Fax: 0848 000 425

Notifica di sinistro in caso di incapacità di guadagno

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. 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:

☐ Copia della **decisione dell'ufficio AI** in merito all'invalidità
☐ Copia del **rapporto medico per la decisione dell'ufficio AI**
☐ Copia della **dichiarazione di adesione all'assicurazione di gruppo**

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.

2. Dati personali

☐ **Signora** ☐ **Signor**

Nome _____

Data di nascita __ __ __ __ __ __ __ __

Cognome _____

Professione _____

Via / N. _____

Telefono / privato _____

NPA / Località _____

Cellulare _____

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.

AXA Assicurazioni SA
General-Guisan-Strasse 40, CH-8400 Winterthur

16805IT – 2019-08 D

5. Dati relativi alla sua incapacità di guadagno

1. a) Motivo dell'incapacità di guadagno

b) Inizio dell'incapacità di guadagno

c) Ultimo giorno di lavoro

2. a) Quale medico ha accertato per la **prima volta** il disturbo indicato al punto 1.a?

Nome

Via / N.

NPA / Località

Telefono

b) Periodo della prima manifestazione della malattia

dal

al

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

Nome

Via / N.

NPA / Località

Telefono

b) eriodo dell'ulteriore manifestazione della malattia

dal

al

4. a) Chi è il suo medico di famiglia?

Nome

Via / N.

NPA / Località

Telefono

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

AXA Assicurazioni SA
General-Guisan-Strasse 40, CH-8400 Winterthur

6. Indicazioni supplementari 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 un verbale?

☐ Sì ☐ No

La preghiamo di inoltrarci tempestivamente il rapporto di polizia!

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

☐ Sì ☐ No

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

_____

_____

4. Descrizione dell'incidente (non limitarsi al verbale della polizia, **event. proseguire su un foglio separato**)
☐ cfr. foglio allegato

_____

_____

_____

7. Dichiarazioni conclusive

Sono diventato incapace di guadagno 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

_____

AXA Assicurazioni SA
General-Guisan-Strasse 40, CH-8400 Winterthur