

## Notifica in caso di malattia o infortunio Vita Individuale (pilastro 3a e 3b)

in caso d'incapacità lavorativa, risp. al guadagno e d'invalidità

Polizza n°

### 1. Contraente

Cognome/nome

Via/n°

NPA/località

Telefono

### 2. Persona assicurata

Signore  Signora

Cognome/nome

Data di nascita:

Via/n°

Nazionalità

NPA/località

### 3. Evento

Infortunio

Malattia

### 4. Data dell'infortunio/della malattia

### 5. Infortunio

#### Luogo dell'infortunio?

Dove si è verificato l'infortunio? (Località/ ubicazione esatta)

---

#### Descrizione dell'infortunio

Attività all'atto dell'infortunio; dinamica, persone coinvolte, macchine, attrezzi, veicoli o sostanze coinvolte

---

---

---

---

---

---

### 6. Incapacità al lavoro

Quando è stato sospeso il lavoro?

Data:

Se il lavoro è già stato ripreso:

completamente

Data:

parzialmente, al  %

Data:

### 7. Altri istituti assicurativi (AI, SUVA/LAINF, AM, Cassa malattia, ecc.)

Sono coinvolte altre assicurazioni per lo stesso evento?  Sì  No

Se sì, quali? (Nome, indirizzo e riferimento)

---

---

La persona assicurata percepisce una rendita o un'indennità giornaliera?  Sì  No

Se sì, presso chi? (Nome, indirizzo e riferimento)

---

---

### 8. Attività professionale

Impiegato/-a?  Sì  No

Indipendente?  Sì  No

Senza attività lucrativa?  Sì  No

Disoccupato/-a?  Sì  No

Ultima attività lavorativa esercitata

Luogo

Data:  Giorno  Mese  Anno

**Invia**