

Notifica di malattia o infortunio (assicurazione vita collettiva) (in caso d'incapacità lavorativa o al guadagno)

1. Informazioni sulla persona assicurata

Numero di contratto

Numero assicurato/a

Cognome

Nome

Via

NPA/Domicilio

Professione

Attività attuale

Se è stato conclusa un'assicurazione collettiva (Perdita di guadagno) presso la Zurigo la preghiamo di annunciarci il numero del contratto e della pratica.

2. Incapacità lavorativa/incapacità al guadagno

Causa: Malattia Infortunio

Data dell'evento:

3. Indirizzi dei medici

Primo medico/ospedale consultato

Medico/ospedale successivo

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

Sono coinvolte altre assicurazioni per lo stesso evento?

Sì No

Se sì, quali?

5. Ulteriori considerazioni

Luogo

Firma del datore di lavoro o dell'istituto di previdenza

(La sua firma è necessaria solo se ci invia questa notifica per posta)

Data:

La preghiamo di inviare questa notifica direttamente a: Zurigo Svizzera, Prestazioni Vita collettiva, Casella Postale, 8085 Zurigo
o la preghiamo di inviare questo formulario per posta elettronica a: Leistungen_KL_Invaliditaet@zurich.ch