

## 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

Data:

**Invia**