

# Annuncio di incapacità al guadagno Vita individuale

Numero della polizza

---

## 1 Dati sulla persona assicurata

Cognome, nome

---

Data di nascita

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

Via/numero civico

---

NPA, località

---

E-mail

---

Telefono

---

N.AVS

---

Desidero essere contattato tramite e-mail.

## 2 Attività prima del subentrare dell'incapacità al guadagno

Professione appresa

---

Attuale attività

---

Settore

---

Tempo pieno  Tempo parziale Ore a settimana:

---

Indipendente  Dipendente

---

Nome del datore di lavoro

---

Indirizzo

---

Svolge una professione accessoria?

Sì  No

Se sì, quale?

---

Ore a settimana

---

## 3 Causa dell'incapacità al guadagno

**In caso di malattia:**

Inizio

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

Tipo di patologia

---

**In caso d'infortunio:**

Data dell'infortunio

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

Tipo di lesione

---

## 4 Durata dell'incapacità al guadagno

Entità e durata dell'incapacità al guadagno

_____	% dal	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											al	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
_____	% dal	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											al	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
_____	% dal	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											al	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
_____	% dal	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											al	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										

Ritiene che la sua capacità lavorativa aumenterà?

Sì  No

Se sì: \_\_\_\_\_ % dal 

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

## 5 Trattamento medico

Medici curanti

Nome, indirizzo \_\_\_\_\_ In trattamento dal 

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome, indirizzo \_\_\_\_\_ In trattamento dal 

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome, indirizzo \_\_\_\_\_ In trattamento dal 

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quale tra i medici sopra elencati può fornire informazioni sull'intero decorso della malattia oppure sulle conseguenze dell'infortunio?

\_\_\_\_\_

Vi sono altri terapisti coinvolti nel trattamento?

Sì  No

Se sì: Nome, indirizzo \_\_\_\_\_

## 6 Osservazioni

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 7 Altri annunci

### La mia incapacità al guadagno annunciata anche presso

Assicurazione federale per l'invalidità (AI)

Assicurazione contro gli infortuni

Se sì: Nome, indirizzo

---

---

Assicurazione diaria per malattia

Se sì: Nome, indirizzo

---

---

Cassa malati

Se sì: Nome, indirizzo

---

---

Altri assicuratori

Se sì: Nome, indirizzo

---

---

Se la cassa pensione è assicurata presso Zurich:

### Sono state riconosciute prestazioni

a \_\_\_\_\_ % dal 

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

a \_\_\_\_\_ % dal 

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

Numero della polizza

---

Numero della polizza

---

Numero della polizza

---

Numero del contratto

---

**Per agevolare l'esame della sua pretesa, la preghiamo di trasmetterci copie dei rapporti medici e delle decisioni di altri assicuratori (decisione AI, carta dell'incidente ecc.) già in suo possesso.**

## 8 Autorizzazione

### Zurich necessita di informazioni e documenti per accertare il suo obbligo di prestazione ed erogare le prestazioni assicurate.

#### La persona sottoscritta esonera

- medici
- ospedali e altre strutture di trattamento stazionario (ad es. case di riposo e di cura)
- datori di lavoro
- uffici amministrativi e autorità (ad es. autorità penali, polizia, servizi sociali, servizi destinati all'assistenza)
- assicurazione per l'invalidità (AI)/assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (AVS)
- casse pensioni
- casse malati
- assicurazioni obbligatorie o private contro gli infortuni
- casse di disoccupazione
- altri assicuratori privati coinvolti (ad es. assicurazione diaria per malattia)

e il loro personale dal loro obbligo di segretezza e li autorizza a fornire informazioni a Zurich, a consentirle la consultazione dei loro Selezionare un elemento e a consegnarle copie di documenti. Zurich si impegna a trattare le informazioni e i documenti ricevuti nel rispetto della legge sulla protezione dei dati.

Inoltre, la persona sottoscritta autorizza Zurich a trasmettere informazioni o documenti

- all'assicurazione per l'invalidità
- alla cassa pensione
- all'assicurazione obbligatoria o privata contro gli infortuni
- ad altri soggetti civilmente responsabili o ai loro assicuratori della responsabilità civile (per giustificare regressi).

Cognome, nome

---

Numero della polizza

---

Luogo e data

---

Firma della persona assicurata

---

## 9 Comunicazione fiscale

Le compagnie di assicurazioni sulla vita sono obbligate a denunciare le prestazioni per incapacità di guadagno all'Amministrazione federale delle contribuzioni purché la rendita annua non superi l'importo di CHF 500. Qualora venga sollevata opposizione contro la presente comunicazione fiscale, Zurich è obbligata a consegnare all'Amministrazione federale delle contribuzioni il 15% di tutte le prestazioni per incapacità di guadagno soggette all'obbligo di denuncia, a carico delle prestazioni assicurate.

In assenza di un suo riscontro, in caso di prestazione provvederemo a una comunicazione fiscale.

## 10 Pagamento

La prestazione assicurata deve essere trasferita nel modo seguente:

Codice IBAN

---

Nome posta/banca

---

Titolare del conto

---

Indirizzo domicilio del titolare del conto

---

Numero della polizza

---

Luogo e data

---

Firma

---

## 11 Dichiarazione del creditore pignoratorio

Se la sua polizza è costituita in pegno, ai fini del pagamento sul conto da lei indicato al punto 10 ci occorre la seguente autorizzazione da parte del creditore pignoratorio.

Il creditore pignoratorio firmatario autorizza Zurich a pagare al contraente tutte le prestazioni per causa di incapacità al guadagno.

Luogo e data

---

Firma e timbro  
del creditore pignoratorio

---