NOTIFICA D'INVALIDITÀ
ASSICURAZIONE DI CAPITALE IN CASO D'INVALIDITÀ A SEGUITO DI MALATTIA

(Da compilarsi a cura della persona assicurata o del suo rappresentante legale).
Voglia rispondere esattamente ed esaurientemente a tutte le domande pertinenti, rinviandoci la notifica a stretto giro di posta.

Dati personali della persona assicurata:

Cognome: ..... Nome: .....

Via: ..... NPA/luogo: .....

Data di nascita: ..... N. ass. sociale: .....

N. di telefono: ..... Ass. n.: .....

Coordinate bancarie/postali: .....

Dinamica della malattia:

Data di comparsa della malattia: .....

Tipo di affezione: .....

Breve descrizione esatta del decorso e della causa della malattia:

.....

.....

.....

.....

Medici/ospedali curanti: .....

(indirizzi esatti) .....

.....

.....

È inabile a lavoro? ☐ sì ☐ no al: ..... % dal: .....

L'annuncio all'Assicurazione invalidità (AI) ha avuto luogo? ☐ sì ☐ no

Le è stata assegnata una rendita? ☐ sì ☐ no grado AI: ..... %

Con la sua firma la persona assicurata autorizza espressamente Visana Assicurazioni SA, rispettivamente la CPT Assicurazioni SA in qualità di soggetto giuridico dell'assicurazione CDI, a richiedere tutte le informazioni necessarie ai medici che la curano o l'hanno curata in passato e a prendere visione degli atti della SUVA, dell'assicurazione militare, dell'assicurazione invalidità (AI) e di altri assicuratori.

Osservazioni: .....

.....

.....

_____ _____

Luogo, data

Firma della persona assicurata o del rappresentante legale

Visana Services SA, Weltpoststrasse 19, 3000 Berna 15
Tel. 031 357 91 11, www.visana.ch

Certified Management System
SQS
ISO 9001