

Avviso di sinistro: malattia collettiva con perdita di salario

Polizza n.	
Compagnia assicurativa	
1. Contraente	
Cognome, nome/azienda	
Via	
NPA, luogo	
Telefono	
Persona di contatto	
Indirizzo e-mail	
È assoggettato/-a al pagamento dell'IVA?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> conteggio forfettario
N. IVA	
2. Persona ammalata	
Cognome, nome	
Data di nascita	
Stato civile	
N. AVS	
Indirizzo	
Telefono privato	
Telefono ufficio	
N. del conto bancario/postale	
Banca/filiale	
Attività: attività svolta	
Impiegato/-a dal	
Parente del contraente?	
Se sì, in che modo?	
3. Malattia	
Tipo di malattia	
Inabilità al lavoro dal	<input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/> completa
Durata probabile	
Inizio del trattamento medico	

9. Firma

Luogo, data	
Firma	

Il/la sottoscritto/-a autorizza la società a richiedere ad altri assicuratori o a terzi informazioni concernenti il sinistro e a prendere visione di tutti gli atti ufficiali e giudiziari in relazione al sinistro. Inoltre il/la sottoscritto/-a autorizza i medici e i terzi interpellati dalla società a fornire alla stessa o al suo servizio medico tutte le informazioni richieste in relazione al sinistro. Il/la sottoscritto/-a consente che la società trasmetta, nella misura necessaria, ad altri assicuratori, più precisamente ai coassicuratori in Svizzera e all'estero, dati inerenti al sinistro. La compagnia di assicurazioni non è vincolata ad eventuali dichiarazioni di responsabilità rilasciate dal contraente.

Testo aggiuntivo:

Inviare

Stampare