

# Assicurazione per decesso o invalidità a seguito di malattia

## Notifica per le prestazioni in capitale

Questo formulario deve essere compilato dalla persona assicurata o dal suo rappresentante legale. Sotto [css.ch/mdi](http://css.ch/mdi) trova tutte le informazioni sul prodotto come pure il formulario necessario. Si prega di compilarlo in maniera completa e di trasmetterlo il più rapidamente possibile all'indirizzo riportato all'ultima pagina del formulario. Senza le sue indicazioni non possiamo esaminare il suo diritto a prestazioni. Tante grazie per la collaborazione.

**Per la notifica di un caso di decesso, voglia ignorare i punti 3.1, 3.2, 3.3.**

**Per la notifica di un'invalidità, voglia ignorare il punto 2.3.**

**Per i bambini sotto i 15 anni, non è necessario rispondere alla domanda 3.2.**

Ha delle domande? Il nostro Contact Center 0844 277 277 sarà lieto di esserle d'aiuto.

Numero cliente

Invalidità

Decesso

### 1 Informazioni generali

#### 1.1 Generalità della persona assicurata

Nome	Cognome	Data di nascita	Via, numero civico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NPA/Località	E-mail	Telefono	Reperibile alle
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### 1.2 Generalità della persona che effettua la notifica

Nome	Cognome	Data di nascita	Via, numero civico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NPA/Località	E-mail	Telefono	Reperibile alle
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 2 Decorso della malattia/andamento della malattia

#### 2.1 Inizio della malattia

Data d'inizio della malattia	Tipo di malattia/Diagnosi
<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### 2.2 Voglia descrivere con la maggior esattezza possibile il decorso della malattia e la causa di essa:

#### 2.3 Data della constatazione del decesso?

#### 2.4 Medico/Ospedale/Dentista curante?

Nome	NPA/Località
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ulteriori medici/ospedali/dentisti che hanno prestato cure?

Nome	NPA/Località
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nome	NPA/Località
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.5 Data dell'inizio del trattamento?

2.6 Il disturbo era già presente in precedenza?

 Sì No

Se sì, da quando?

### 3 Assicurazione invalidità (AI)

3.1 Si è già proceduto alla notifica presso l'Assicurazione invalidità (AI)?

 Sì No

3.2 A causa della lesione è stata/o o è inabile al lavoro?

 Sì No

Grado dell'incapacità lavorativa

% da

a

3.3 È stata accordata una rendita?

 Sì No

### 4 Osservazioni

Voglia confermare i dati con la sua firma. Tante grazie per la sua cooperazione.

La persona firmataria dichiara di aver risposto in modo veritiero e completo a tutte le domande di questo formulario.

La persona firmataria cede alla CSS il suo eventuale diritto derivante dall'assicurazione di responsabilità civile in relazione alla malattia summenzionata sino a concorrenza delle prestazioni erogate e prende atto che la CSS può far valere i suoi diritti nei confronti di terzi. Mediante la firma sulla notifica di malattia, si autorizza la CSS a fornire o richiedere in qualsiasi momento le informazioni necessarie per la valutazione della protezione assicurativa e l'evasione del sinistro presso medici, altri fornitori di prestazioni, assicuratori sociali o privati e autorità preposte oppure presso i loro medici della società o di fiducia, in osservanza delle disposizioni legali sulla protezione dei dati. Le istanze coinvolte sono in questi casi esonerate nei confronti della CSS dal loro obbligo a mantenere il segreto e dal segreto professionale.

La persona firmataria ha il diritto di richiedere informazioni sull'elaborazione dei dati che la riguardano. L'autorizzazione all'elaborazione dei dati può essere revocata in qualsiasi momento.

Soggetto di diritto per l'Assicurazione per decesso o invalidità a seguito di malattia è la Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni sulla Vita SA.

Località

Data

Firma della persona assicurata risp. del suo rappresentante legale

Inviare a:  
CSS Assicurazione SA  
Centro di competenze Assicurazioni speciali  
Casella postale 2568  
6002 Lucerna