



## Notifica di sinistro per invalidità totale

Prima di completare questo modulo, Le ricordiamo che, per Sua comodità, può registrare il Suo sinistro, inviare documenti e seguirne il progresso sul nostro sito internet [www.clpnet.com/customer/homechi](http://www.clpnet.com/customer/homechi)  
Se preferisce, può contattarci via fax, email o posta completando questo modulo.

### 1. Avvertenze importanti

**Prima di compilare il modulo di notifica di sinistro, verificare quanto segue:**

**La Sua inabilità al lavoro è subentrata in un momento precedente all'inizio dell'assicurazione?**

In caso di inabilità al lavoro presente già prima dell'inizio dell'assicurazione, purtroppo non è possibile garantire alcuna copertura assicurativa.

**La patologia alla base della Sua inabilità al lavoro è stata già trattata prima dell'inizio dell'assicurazione?**

In tal caso, è possibile che sussista un motivo di esclusione per patologia preesistente. Se non ne è certo/a, si metta in contatto telefonico con noi.

**Soffre di una patologia di natura psichica?**

È possibile ricevere una prestazione solo se la Sua inabilità al lavoro viene certificata da uno psichiatra di base in Svizzera.

**Deve continuare a pagare il Suo contributo per la durata della prestazione assicurativa?**

Sì, il premio deve essere pagato durante il periodo del versamento di prestazioni assicurative.

**Cosa deve fare per rivendicare le Sue richieste di infortunio?**

**Passo 1:** Compilare per intero il modulo di notifica di sinistro e firmarlo a pagina 4.

**Passo 2:** Far compilare le notifiche allegate dal medico curante ed eventualmente dallo specialista e allegarle alla documentazione del modulo di notifica di sinistro.

**Passo 3:** Allegare i documenti elencati al punto 7 e spedirli insieme al modulo di notifica di sinistro.

Non appena avremo ricevuto i documenti, nell'arco di 1 – 2 settimane riceverà la nostra decisione oppure una comunicazione di stato provvisorio qualora dovessimo necessitare di ulteriori documenti/informazioni.

**La preghiamo di notare che saremo in grado di esaminare la Sua richiesta di prestazione assicurativa, solo se ci lascia pervenire tutti i documenti. La mancata ricezione comporta un ritardo nell'elaborazione della pratica ed eventualmente nella liquidazione.**

### 2. Dati personali

Signora  Signor

Nome

Data di nascita

Cognome

Occupazione

Via

Telefono (privato)

CAP/Luogo

Cellulare

Indirizzo e-mail



Desiderate ricevere un SMS di conferma mensile per il pagamento delle prestazioni

sì

no

### 3. Informazioni sul contratto di assicurazione

Istituto del finanziamento

Tipo del contratto:

finanziamento

carta di credito

Inizio del contratto ai sensi del certificato di assicurazione

### 4. Pagamento della prestazione assicurativa

A condizione che riconosciamo il suo infortunio, il pagamento della prestazione assicurativa ha luogo ai sensi delle condizioni generali di assicurazione in favore della banca su citata a copertura degli obblighi di pagamento a Suo carico derivanti dal contratto di credito o contratto di carta di credito. Qualora abbia stipulato un'assicurazione rate Plus, effettueremo il pagamento della prestazione assicurata aggiuntiva tramite bonifico bancario su un conto corrente da Lei indicato. La preghiamo pertanto di compilare i campi seguenti in modo leggibile.

Titolare del conto

Numero del conto

CAB/Numero Clearing

Nome della banca

CAP / Luogo

### 5. Informazioni sulla Sua inabilità al lavoro

1 a) Quale patologia intende denunciare?

b) Quando è subentrata la patologia?

2 a) Quale medico ha accertato **per la prima volta** questo problema di salute?

Nome

Via

CAP/Luogo

Telefono

b) Quando è stata accertata per la prima volta questa patologia?

3) Chi è il Suo **attuale medico curante**?

Nome

Via

CAP/Luogo



4 a) Quali **altri medici** sono stati consultati per la patologia di cui al punto 1a)?

Nome

Via

CAP/Luogo

Telefono

b) In quale periodo?

Dal

Al

Telefono

5) Chi era il Suo medico **prima della stipula** del contratto di assicurazione?

Nome

Via

CAP/Luogo

Telefono

6 a) Chi è al momento il Suo **medico di famiglia**?

Nome

Via

CAP/Luogo

Telefono

b) Da quando è in trattamento con il Suo medico di famiglia?

Dal

## 6. In caso di incidenti, compilare i seguenti campi aggiuntivi:

1) Quando è avvenuto l'incidente?

2) Si tratta di un incidente registrato dalla polizia?

sì

no

**Se sì, allegare il verbale della polizia.**

3 a) È stato sottoposto a test alcolemico?

sì

no

b) Se sì, qual è stato l'esito delle analisi del sangue?

4) Per favore, descriva a parole Sue l'incidente:

vedi foglio allegato



## 7. Documenti da aggiungere

La preghiamo di farci pervenire i documenti riportati di seguito insieme al modulo di notifica di sinistro compilato e sottoscritto (mettere una crocetta accanto ai documenti allegati):

- Una copia del **contratto di lavoro** in essere al momento della **stipula dell'assicurazione** (comprensivo di informazioni sulla durata e il tipo di rapporto di lavoro)
- Una copia del **contratto di lavoro** in essere al momento in cui è **subentrata l'inabilità al lavoro**
- Una copia dell'ultima **liquidazione dello stipendio** o una **copia del licenziamento**, qualora al momento non percepisca uno stipendio.
- Una copia dell'allegata **relazione del medico di famiglia, compilata e sottoscritta dal medico curante**
- Se è stato in cura da uno specialista: aggiungere una copia della relazione dello specialista
- Se l'inabilità è stata causata da un incidente: una copia del **protocollo dell'incidente/della polizia**
- Se è un'altra persona a rappresentare i Suoi interessi: una **procura** sottoscritta da Lei
- Se percepisce già una rendita: una copia della **prima decisione di assegnazione della rendita**
- In caso di ricovero : una copia del **referto medico finale del ricovero**

### INFORMAZIONE IMPORTANTE:

La preghiamo di notare che saremo in grado di esaminare la Sua richiesta di prestazione assicurativa, solo se ci lascia pervenire **tutti** i documenti. La mancata ricezione comporta un ritardo nell'elaborazione della pratica ed eventualmente nella liquidazione.

## 8. Dichiarazioni conclusive

Sono diventato inabile al lavoro e faccio richiesta di prestazione assicurativa ai sensi delle condizioni generali di assicurazione (CGA). Con la presente dichiaro di aver risposto a tutte le domande in modo completo e veritiero e di non aver omesso nulla. Sono a conoscenza del fatto che, in caso di rilascio consapevole di false dichiarazioni, dovrò restituire tutte le prestazioni e perderò i miei diritti ai sensi delle CGA.

### Clausola di consenso ai sensi della legge federale sulla protezione dei dati (LPD)

Accetto che i dati necessari per la comunicazione del sinistro vengano rilevati, elaborati, trasferiti e archiviati dalla AXA Assicurazioni SA, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur e altre società del gruppo assicurativo AXA ( nominato in seguito "AXA") nonché dalle società del gruppo in Svizzera e dello spazio economico europeo. Accetto inoltre che questi dati, inclusa l'intera corrispondenza relativa al caso fino alla decisione conclusiva del sinistro, vengano inoltrati all'istituto finanziario.

### Esonero dall'obbligo di segretezza

Autorizzo AXA alla verifica ulteriore e all'utilizzo delle informazioni da me fornite in merito al mio stato di salute. Autorizzo inoltre tutti i medici, il personale infermieristico e altre istituzioni sanitarie, presso cui sono stato o sarà in trattamento, nonché l'assicuratore, gli uffici di polizia e i procuratori della repubblica a trasmettere tutte le informazioni necessarie per la determinazione delle prestazioni assicurative.

Luogo, data



Firma della persona assicurata





## Riepilogo delle Sue domande

### **Cosa succede dopo l'invio della notifica di sinistro e della documentazione?**

Elaboriamo la Sua documentazione il più in fretta possibile. Non appena avremo ricevuto i documenti, nell'arco di 1 – 2 settimane riceverà la nostra decisione oppure una comunicazione di stato provvisorio qualora dovessimo necessitare di ulteriori documenti/informazioni.

### **Su quale conto corrente viene effettuato il pagamento della prestazione assicurativa (a condizione che riconosciamo il Suo infortunio)?**

In caso di accettazione dei suoi obblighi di pagamento effettueremo il pagamento tramite bonifico bancario, ai sensi delle condizioni generali di assicurazione (AVB) direttamente sul conto presso la Cembra Money Bank AG. La preghiamo di notare che non è possibile predisporre i pagamenti su un altro conto.

Se ha stipulato un'assicurazione *rate Plus*, effettueremo il bonifico del contributo aggiuntivo su un conto corrente privato da Lei indicato.

Noti che è obbligato a continuare a pagare la Sua rata mensile /fattura, finché non è stato accettato il Suo sinistro..

### **In quali casi non ho diritto a ricevere alcuna prestazione dall'assicurazione?**

La preghiamo di leggere attentamente le condizioni generali di assicurazione, in cui sono illustrati nel dettaglio i motivi di esclusione.

### **Per quanto tempo sono erogate le prestazioni assicurative?**

In caso di inabilità al lavoro, ci facciamo carico, per infortunio, del massimale concordato nel contratto. Per le carte di credito ci facciamo carico del saldo negativo massimo. Per informazioni più dettagliate a proposito, faccia riferimento alle condizioni generali di assicurazione. La base per la prestazione, che è sempre retroattiva di 30 giorni, è la certificazione di inabilità al lavoro del mese precedente, fornita dal proprio medico curante o dal medico di famiglia.

Il pagamento del contributo assicurato avviene dopo un periodo di attesa. Sono determinanti le condizioni generali di assicurazione.

### **Cosa succede se ho già ricevuto un sollecito dalla banca oppure se non sono in grado di pagare i premi assicurativi?**

La preghiamo, in tal caso, di rivolgersi direttamente all'istituto finanziario per concordare un modo per regolare la questione.

### **Durante la prestazione assicurativa devo continuare a pagare i premi dell'assicurazione?**

Fino a quando non avremo verificato il Suo infortunio e non avremo riconosciuto il diritto alla prestazione assicurativa, deve continuare a pagare il premio. Qualora non dovesse essere puntuale nel pagamento dei premi assicurativi, l'assicuratore si riserva il diritto di sospendere la prestazione assicurativa.

### **Quando decadono i miei diritti risultanti da questa assicurazione?**

I Suoi diritti decadono se non denuncia il Suo infortunio entro 2 anni dal momento in cui è subentrata l'inabilità al lavoro (Art. 46 della Legge svizzera in materia di contratti di assicurazione).

### **Cosa succede se divento prima inabile al lavoro e poi disoccupato?**

Se percepisce già prestazioni assicurative per inabilità al lavoro e successivamente diventa disoccupato, continueremo a pagare solo le prestazioni assicurative per inabilità al lavoro ai sensi delle condizioni generali di assicurazione. Alla fine dell'inabilità al lavoro può fare richiesta di prestazione assicurativa per disoccupazione, purché siano soddisfatte le altre condizioni ai sensi delle condizioni generali di assicurazione.



La preghiamo di inviarci la documentazione tramite il nostro sito [www.clpnet.com/customer/homechi](http://www.clpnet.com/customer/homechi), per posta o via fax

## Dichiarazione del medico di famiglia per inabilità al lavoro

### 1. Informazioni sulla persona assicurata

Signora  Signor

Nome  Data di nascita

Cognome

### 2. Informazioni sull'inabilità al lavoro della persona assicurata

1) Da quando la persona assicurata è un Suo paziente?

2) Da quale patologia è causata l'inabilità al lavoro (diagnosi precisa)?

3 a) Quando è subentrata la patologia?

b) Quando è subentrata l'inabilità al lavoro del 100%?

4) Quando la persona assicurata è venuta a conoscenza per la prima volta della diagnosi?

5) Quando si prevede che sia possibile riprendere a lavorare?

6 a) Quali altri medici hanno trattato la persona assicurata in relazione a questa patologia?

Nome

Via

CAP/Luogo

b) In quale periodo?

Dal

Al

7) Anamnesi della patologia

8 a) Sono state effettuate radiografie o una tomografia a risonanza magnetica nucleare?  sì  no

b) Se sì, quando?

8 a) La persona assicurata era stata già trattata o aveva già consultato altri medici per la patologia attuale o per una patologia/condizioni preesistenti ad essa correlate?  sì  no

b) Sì sì, quando?

9 a) La persona assicurata è in condizione, dal punto di vista della salute, di intraprendere un'altra attività lavorativa?  sì  no



corrispondente alla Sua formazione e al Suo standard di vita attuale?

b) Se sì, quando?

10 a) L'inabilità al lavoro è riconducibile a lesioni autoinflitte o a un tentativo di suicidio, una normale gravidanza, un abuso di farmaci e droghe, problemi psichici, depressione, mal di schiena o infezione da HIV?

 sì no

b) Se sì, fornire informazioni dettagliate:

11 a) È a conoscenza di altri fattori che possono influire sulla guarigione?

 sì no

b) Se sì, quali?

### Da compilarsi solo se l'inabilità al lavoro è stata causata da un incidente:

12 a) Di che tipo di incidente si tratta?

 Incidente stradale Incidente durante il tempo libero Incidente sul lavoro

b) La persona assicurata è stata sottoposta a test alcolemico?

 sì no

c) Se sì, quando?

### Da compilarsi solo se l'inabilità al lavoro è correlata ad una malattia psichica:

13 a) La persona assicurata è sottoposta a trattamento psichiatrico?

 sì no

b) Se sì, presso quali medici?

Nome

Via

CAP/Luogo

**Luogo, data**

✕ \_\_\_\_\_

**Firma del medico e timbro dell'ambulatorio**

✕ \_\_\_\_\_

**Numero di telefono del medico**

✕ \_\_\_\_\_

**Avviso importante: eventuali costi derivanti dalla compilazione di questo modulo di notifica di sinistro, sono a carico della persona assicurata e sono da mettere in conto dalla stessa.**



La preghiamo di inviarci la documentazione tramite il nostro sito [www.clpnet.com/customer/homechi](http://www.clpnet.com/customer/homechi), per posta o via fax **Di-**  
**chiarazione del medico curante per inabilità al lavoro**

## 1. Informazioni sulla persona assicurata

Signora  Signor

Nome

Cognome

Data di nascita

## 2. Informazioni sull'inabilità al lavoro della persona assicurata

1) Da quando la persona assicurata è un Suo paziente?

2) Da quale patologia è causata l'inabilità al lavoro (diagnosi precisa)?

3 a) Quando è subentrata la patologia?

b) Quando è subentrata l'inabilità al lavoro del 100%?

4) Quando la persona assicurata è venuta a conoscenza per la prima volta della diagnosi?

5) Quando si prevede che sia possibile riprendere a lavorare?

6 a) Quali altri medici hanno trattato la persona assicurata in relazione a questa patologia?

Nome

Via

CAP/Luogo

b) In quale periodo?

Dal

Al

7) Anamnesi della patologia

8 a) Sono state effettuate radiografie o una tomografia a risonanza magnetica nucleare?  sì  no

b) Se sì, quando?

8 a) La persona assicurata era stata già trattata o aveva già consultato altri medici per la patologia attuale o per una patologia/condizioni preesistenti ad essa correlate?  sì  no

b) Si sì, quando?





9 a) La persona assicurata è in condizione, dal punto di vista della salute, di intraprendere un'altra attività lavorativa corrispondente alla Sua formazione e al Suo standard di vita attuale?

sì  no

b) Se sì, quando?

G	G	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

10 a) L'inabilità al lavoro è riconducibile a lesioni autoinflitte o a un tentativo di suicidio, una normale gravidanza, un abuso di farmaci e droghe, problemi psichici, depressione, mal di schiena o infezione da HIV?

sì  no

b) Se sì, fornire informazioni dettagliate:

11 a) È a conoscenza di altri fattori che possono influire sulla guarigione?

sì  no

b) Se sì, quali?

### Da compilarsi solo se l'inabilità al lavoro è stata causata da un incidente:

12 a) Di che tipo di incidente si tratta?

Incidente stradale  Incidente durante il tempo libero  
 Incidente sul lavoro

b) La persona assicurata è stata sottoposta a test alcolemico?

sì  no

c) Se sì, quando?

G	G	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

### Da compilarsi solo se l'inabilità al lavoro è correlata ad una malattia psichica:

13 a) La persona assicurata è sottoposta a trattamento psichiatrico?

sì  no

b) Se sì, presso quali medici?

Nome

Via

CAP/Luogo

--	--	--	--	--

**Luogo, data**

✕

\_\_\_\_\_

**Firma del medico e timbro dell'ambulatorio**

✕

\_\_\_\_\_

**Numero di telefono del medico**

✕

\_\_\_\_\_

**Avviso importante: eventuali costi derivanti dalla compilazione di questo modulo di notifica di sinistro, sono a carico della persona assicurata e sono da mettere in conto dalla stessa.**