

# 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. È possibile compilare e stampare il documento anche in internet, nella nostra homepage [www.css.ch/mdi](http://www.css.ch/mdi) (Notifica di malattia). La preghiamo di inviarci il formulario in più rapidamente possibile all'indirizzo riportato nell'ultima pagina del formulario. Senza i suoi dati, non potremo procedere al controllo del suo diritto alle prestazioni.

**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. Molte grazie.

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. Molte grazie per la sua cooperazione.**

La sottoscritta/Il sottoscritto dichiara di aver risposto in modo veritiero e completo a tutte le domande di questo formulario. La sottoscritta/Il sottoscritto cede alla CSS Assicurazione 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 Assicurazione può far valere i suoi diritti nei confronti di terzi Mediante la firma sulla notifica di malattia, si autorizza la CSS Assicurazione 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 Assicurazione dal loro obbligo a mantenere il segreto e dal segreto professionale. La sottoscritta/Il sottoscritto 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  
Centro di competenza ass. speciali  
Casella Postale 2568  
6002 Lucerna