



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