



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: AVS n.:
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 al 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 la società 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