

Ci invii cortesemente i seguenti documenti:



Il presente **modulo interamente compilato e firmato**
Copia della **decisione AI**
Copia del **rapporto medico** redatto dall'ufficio AI, allo scopo di valutare l'inabilità
Copia del **contratto assicurativo**

Si avvisa che in mancanza o incompletezza dei documenti suddetti, la pratica non potrà essere esaminata nei tempi brevi che ci proponiamo.

1. Dati personali

Signora Signor

Nome

Cognome

Via

C.P./Città

Data di nascita

Professione

Telefono fisso

Natel

2. Dettagli sul contratto assicurativo

Banca che ha concesso il credito

No. di conto o di contratto

Data della stipulazione del contratto

3. Dettagli sulla sua totale inabilità al lavoro

1a. Che cosa ha causato l'inabilità al lavoro?

b. Primo giorno d'inabilità?

c. Ultimo giorno di lavoro?

2a. **Quale medico** l'ha curata per la diagnosi al punto 1a?

Nome

Indirizzo

C.P./Città

Telefono

b. In quale periodo?

dal

al

4. Altri dettagli sulla sua totale inabilità al lavoro

3a. **Quali altri medici** la ebbero in cura per la diagnosi al punto 1a?

Nome



Genworth
Financial

Indirizzo

C.P./Città

Telefono

b. In quale periodo? dal

al

4a. Chi è il suo **medico di famiglia**? Nome

Indirizzo

C.P./Città

Telefono

b. Da quando egli è il suo medico? Data

5. Da compilare in caso d'infortunio

1. Quando si è verificato l'infortunio?

2. È stato redatto un verbale dalla polizia? Sì No ➔ **Ci invii una copia del rapporto!**

3a. Le è stata fatta un'analisi del sangue? Sì No

b. Se sì, esito?

4. Descrizione dell'incidente (senza fare riferimento al rapporto della polizia descriva come si è svolto, eventualmente usando un foglio aggiuntivo)

6. Dichiarazioni conclusive

Dichiarazione

Sono totalmente inabile al lavoro e chiedo di beneficiare delle prestazioni dell'assicurazione secondo le Condizioni Generali di Assicurazione (CGA) del mio contratto. Dichiaro di aver risposto in tutta sincerità senza omissione alle domande poste e di non avere dissimulato niente. Sono stato/a informato/a che nel caso in cui trasmetta informazioni false dovrò rimborsare integralmente le prestazioni ricevute e perderò tutti i miei diritti.

Clausola di consenso secondo la legge federale sulla protezione dei dati (LPD)

Conferisco il mio consenso alla conservazione in forma elettronica ed alla elaborazione dei miei dati da parte di Genworth Financial. Titolare e responsabile per il trattamento dei dati secondo le disposizioni legislative è Genworth Financial. Presto inoltre a Genworth Financial il mio consenso per il trasferimento della mia denuncia di sinistro e della corrispondenza relativa, fino alla decisione conclusiva, al datore di credito.

Disimpegno dall'obbligo di riservatezza

Autorizzo Genworth Financial ("l'assicuratore") a controllare e valutare le indicazioni da me fatte relative al mio stato di salute. Autorizzo inoltre tutti i miei medici, gli ospedali e gli altri istituti per malati presso i quali mi trovo in cura o sarò in cura, e gli assicuratori di persone, le stazioni di polizia e le procure di stato a dare tutte le informazioni necessarie alla determinazione delle prestazioni assicurative.

Genworth Financial

Financial Insurance Company Limited, Chiswick Park, London, GB, succursale di Zurigo, opera in Svizzera col nome di Genworth Financial.

Luogo e data _____

Firma dell'assicurato/a _____