

Avviso d'incapacità di guadagno da compilare dalla persona assicurata

Datore di lavoro

Ragione sociale: _____ N° di contratto: _____

Persona assicurata

Cognome: _____ N° assicurazione sociale: 756. _____

Nome: _____ Data di nascita: _____

Indirizzo: _____ Stato civile: _____

CAP/Luogo: _____ Professione: _____

Dati del sinistro

L'incapacità di guadagno è dovuta a: una malattia un infortunio

Decorrenza dell'incapacità di guadagno: _____

Periodi d'incapacità di guadagno:

_____ %	dal _____	al _____
_____ %	dal _____	al _____
_____ %	dal _____	al _____
_____ %	dal _____	al _____
_____ %	dal _____	al _____

Osservazioni

Autorizzazione

La persona sottoscritta autorizza la Fondazione Collettiva Groupe Mutuel a richiedere qualsiasi informazione utile concernente il sinistro; a prendere visione dei fascicoli presso l'Assicurazione per l'invalidità (AI), l'assicurazione infortuni, l'assicurazione militare, l'assicurazione perdita di guadagno malattia LAMal o LCA ed eventualmente l'assicurazione sociale estera o altri assicuratori; a informarsi presso i propri medici di fiducia e a trasmettere i suddetti documenti e le informazioni al riassicuratore e agli altri assicuratori interessati.

Luogo e data:

Firma della persona assicurata:
