

# Richiesta della prestazione assicurativa

Il formulario «**Certificato medico d'incapacità lavorativa**» deve essere compilato dal  
Suo medico curante e poi rispedito al seguente indirizzo:

**Indirizzo:**

Generali Assicurazioni per persone SA  
Dr. med. Didier Lohner  
Dipartimento LP-NBC-C  
Casella postale 1040  
8134 Adliswil 1

La preghiamo di voler compilare dettagliatamente, sottoscrivere e poi rispedire il **formulario per la richiesta della prestazione assicurativa così e la procura**. Non dimentichi cortesemente di accludere gli allegati esplicitamente richiesti. In particolare, le chiediamo anche di inviarci una copia del suo documento d'identità (compresa la sua firma).

**Indirizzo:**

Generali Assicurazioni per persone SA  
Dipartimento LP-NBC-C  
Soodmattenstrasse 10  
8134 Adliswil 1

Assicurazioni per persone SA  
Soodmattenstrasse 10, 8134 Adliwil

**Certificato medico d'incapacità lavorativa all'attenzione del medico consulente  
degli assicuratori vita**

N. polizza: \_\_\_\_\_ Inizio incapacità lavorativa: \_\_\_\_\_

Malattia     Incidente

**1. Paziente**

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Sesso: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

**2. Professione**

Professione/i esercitata/e: \_\_\_\_\_

Grado di occupazione: \_\_\_\_\_ ore/giorno \_\_\_\_\_ giorni/settimana

Lavoratore dipendente     Lavoratore indipendente     Senza attività lucrativa

**3. Trattamento**

Da quando è in atto il trattamento ambulatoriale presso di lei? \_\_\_\_\_ Fino al? \_\_\_\_\_

Prima di lei, in cura da (nome, indirizzo, specializzazione e durata):

Dopo di lei, in cura da (nome, indirizzo, specializzazione e durata):

Trattamento/cura in regime stazionario:

Dove? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Da quando a quando? \_\_\_\_\_

In caso di interventi chirurgici, quali? \_\_\_\_\_

Quando e dove? \_\_\_\_\_

#### 4. Anamnesi

a) Quando e come si è manifestato il disturbo per la prima volta?

b) Indicazioni soggettive del paziente:

c) Il paziente è già stato trattato in precedenza per questo disturbo?

Sì

No

Se sì, dove?

Quando? \_\_\_\_\_

d) Terapie precedenti:

e) Sussistono malattie precedenti e/o conseguenze di infortuni?

Sì

No

Se sì, quali?

Da quando? \_\_\_\_\_

Chi era il medico curante/presso quale ospedale?

Influiscono sul processo di guarigione?

Sì

No

Se sì, in che modo?

## 5. Referti oggettivi

Esami, referti con immagini radiologiche, accertamenti medici e rapporti di dimissione (si prega di allegare le copie):

Quali?

Data? \_\_\_\_\_

---

## 6. Diagnosi: Codice ICD ed eventuale/i diagnosi differenziale/i:

**Con** influsso sulla capacità lavorativa

**Senza** influsso sulla capacità lavorativa

Limitazione oggettiva delle attività svolte attualmente:

---

## 7. Altri fattori

Sussistono circostanze particolari che possono influire negativamente sul processo di guarigione (ad es. contesto professionale, ambiente sociale, tragitto lavorativo, dipendenze)?  Sì  No

Se sì, quali?

## 8. Terapie

a) Trattamento attuale e farmaci (posologia compresa):

b) Procedure/proposte (diagnostica per immagini, esami specialistici, trattamenti, ecc.):

c) Prognosi:

---

## 9. Incapacità lavorativa

Capacità lavorativa ragionevolmente esigibile (in % del carico usuale):	Presenza ragionevolmente esigibile in azienda (ore/giorno):	Incapacità lavorativa in %:	Incapacità lavorativa dal:	Incapacità lavorativa fino al:

Ripresa dell'attività lavorativa: \_\_\_\_\_ prevista dal: \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_ ore/giorno  
prevedibilmente tra: \_\_\_\_\_ settimane per \_\_\_\_\_ ore/giorno

---

## 10. Reintegrazione

a) È possibile lo svolgimento di un altro lavoro/attività ammissibile?  Sì  No

Se sì, di che tipo e in quale misura?

b) Viene già svolto un nuovo lavoro/attività?  Sì  No

Se sì, quale?

c) Sussistono limitazioni nello svolgimento del nuovo lavoro/attività?  Sì  No

Se sì, quali?

d) Sotto il profilo medico, sussiste una limitazione per la guida di un veicolo?  Sì  No

Se sì, quale?

---

### 11. Consultazioni

Data dell'ultima consultazione \_\_\_\_\_

Data della prossima consultazione \_\_\_\_\_

---

### 12. Altri Assicuratori

Sono coinvolti altri fornitori di prestazioni

(assicuratore infortuni, assicuratore d'indennità giornaliera di malattia, AI, AM, ecc.)  Sì  No

Se sì, quali?

---

### 13. Osservazioni

Luogo e data:

Indirizzo del medico:

Firma del medico:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Si prega di rispedire questo formulario al seguente indirizzo:**

Generali Assicurazioni per persone SA

Dr. med. Didier Lohner / Dipartimento LP-NBC-C

Casella postale 1040, 8134 Adliswil 1

# Richiesta di prestazioni per incapacità di guadagno

Generali Assicurazioni per persone SA  
New Business & Claims  
Soodmattenstrasse 10  
Postfach 1040  
8134 Adliswil 1

## Persona assicurata

Polizza/e n. \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_  
Tutte le nazionalità \_\_\_\_\_  
Via/NPA. località \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Telefono privato \_\_\_\_\_ Telefono mobile \_\_\_\_\_  
Telefono ufficio \_\_\_\_\_ N. AVS \_\_\_\_\_

## Modalità di pagamento

Sul conto postale/bancario n. \_\_\_\_\_  
Nome/indirizzo della posta/banca \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_  
Conto intestato a \_\_\_\_\_  
(Nome e indirizzo)

**Si prega di notare che i pagamenti a una persona diversa dallo stipulante non sono possibili.**

**Eccezione: conti correnti in cui lo stipulante è uno dei 2 titolari di un conto\*.**

\* Se si tratta di un conto di questo tipo, necessitiamo anche una copia del documento d'identità (compresa la firma) del secondo titolare del conto e i suoi dati sulla nazione di nascita e su tutte le sue nazionalità.

### 1. a) Grado occupazionale

Prima che subentrasse l'incapacità lavorativa (in %) \_\_\_\_\_

Impegiato/a dal \_\_\_\_\_  Indipendente dal \_\_\_\_\_

Datore di lavoro \_\_\_\_\_ Ditta \_\_\_\_\_

Numero di collaboratori \_\_\_\_\_

Professione appresa \_\_\_\_\_

Professione esercitata prima che subentrasse l'incapacità lavorativa \_\_\_\_\_

### 1. b) Descrizione delle attività svolte prima che subentrasse l'incapacità lavorativa

Fisica/manuale \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ %

\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ %

Amministrativa/intellettuale \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ %

\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ %

Altre \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ %

### 2. Motivo della richiesta di prestazioni

(per informazioni complementari/più dettagliate usi p.f. un foglio supplementare)

**Infortunio**

**Malattia**

a) Tipo di lesione

a) Diagnosi

b) Quando ha consultato il medico per la prima volta?

b) Quando ha consultato il medico per la prima volta?

c) Data, ora et luogo dell'infortunio?

c) Decorso

d) Wie hat sich der Unfall zugetragen?

d) Inizio

e) In precedenza si è già sottoposto/a a qualche trattamento per la medesima malattia/  
il medesimo infortunio?

Sì  No In caso affermativo, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Si prega di indicare nomi e indirizzi dei medici curanti di allora \_\_\_\_\_

### 3. Sono compromesse le funzionalità seguenti?

(si prega di barrare le funzionalità compromesse; è possibile barrare più di una casella)

a)  Vista  Capacità di parlare  Capacità di orientamento  Uso delle mani

e/o

b)  Udito  Deambulazione  Salire le scale  
 Inginocchiarsi o chinarsi  Stazione eretta  Presa delle mani  
 Movimento delle braccia  Sollevamento e trasporto  Guida di un'auto

### 4. Lei ha diritto a un assegno per grandi invalidi a causa di una grave invalidità?

Sì  No In caso affermativo, si prega di allegare la relativa decisione

## 5. Grado e durata dell'incapacità lavorativa

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

## 6. Trattamenti medici

Inizio trattamento	Fine trattamento	Medici curanti (nel caso degli ospedali indicare anche il reparto)	
		Nome	Indirizzo
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## 7. Richieste presentate ad altri istituti

Sussistono ulteriori coperture assicurative e/o per il suo caso sono state richieste anche le prestazioni di altre assicurazioni – quali?

- Assicurazione di indennità giornaliera per malattia/Nome: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- Istituto Nazionale Svizzero di Assicurazione contro gli Infortuni (SUVA) dal \_\_\_\_\_
- Assicurazioni infortuni private/Nome: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- Assicurazione militare federale (AM) dal \_\_\_\_\_
- Assicurazione federale di invalidità (AI) dal \_\_\_\_\_
- Assicurazioni sociali estere/Nome: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- Assicurazioni di responsabilità civile/Nome: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- Ass. sulla vita, in Svizzera e/o all'estero/Nome: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- Cassa pensioni del datore di lavoro/Nome: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- Altre – Genere/Nome: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- Altre – Genere/Nome: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

(Si prega di indicare l'indirizzo esatto delle compagnie di assicurazione interessate e di allegare eventuali conteggi o decisioni di altri assicuratori)

**Si prega di allegare gli attestati del reddito soggetto all'AVS (p. es. distinte del salario) degli ultimi 3 anni prima che subentrasse l'incapacità lavorativa e fino a oggi.**

## 8. Osservazioni

**Si prega di allegare una copia del documento d'identità (compresa la sua firma).**

\_\_\_\_\_  
Luogo, data

\_\_\_\_\_  
Firma

# Procura

Polizza/e n: \_\_\_\_\_ Dipartimento: LP-NBC-C

Persona assicurata: \_\_\_\_\_

La legge federale sulla protezione dei dati (LPD) prevede un obbligo di informazione in caso di raccolta di dati personali degni di particolare protezione. In modo particolare si deve indicare lo scopo per cui vengono trattati. Per il trattamento di questi dati personali è necessaria l'esplicita autorizzazione della persona coinvolta.

Affinché si possano raccogliere i documenti necessari al fine di esaminare e chiarire il diritto alla prestazione assicurativa, La preghiamo di voler sottoscrivere e poi rispedire a noi la presente procura.

**Generali Assicurazioni per persone SA si obbliga ad utilizzare in modo confidenziale le informazioni così ricevute. Nell'ambito dell'istruzione del suddetto dossier, in modo particolare per l'esame del diritto alla prestazione assicurativa, la Compagnia è autorizzata a trattare i dati personali del/la sottoscritto/a.**

Il/la sottoscritto/a esonera gli ospedali, i dottori, gli psicologi, i terapeuti o altre persone con formazione medica, datori di lavoro, assicurazioni vita, infortunio e malattia, casse malati, assicurazioni di invalidità e la SUVA/INSAI ed altre istituzioni, come casse pensioni, riassicurazioni, ma anche terze persone (come ad esempio il datore di lavoro), **in rapporto con le informazioni relative all'evento sopravvenuto**, dall'osservanza del segreto professionale e rispettivamente dall'obbligo di riservatezza nei confronti della Generali Assicurazioni per persone SA ed autorizza a rendere note tutte le informazioni necessarie e di prendere visione degli atti nonchè tutte le informazioni inerenti i progetti di decisione e le decisioni susseguenti per la valutazione del dossier, in modo particolare per la valutazione del diritto alla prestazione assicurativa.

Con la presente procura autorizzo espressamente la Generali Assicurazioni per persone SA a rendere noti i dati ed i documenti medici nell'ambito richiesto ad altri assicuratori, alle compagnie di riassicurazione, ai periti ed a richiedere informazioni a questi e/o a terzi.

\_\_\_\_\_  
Luogo e Data

\_\_\_\_\_  
Firma