

# Questionario sull'inabilità al guadagno

## GENERALITÀ E RELAZIONE POSTALE/BANCARIA DELLA PERSONA INABILE AL LAVORO

Cognome	Nome
Data di nascita	N° di polizza
N° AVS	
Via	NPA/Località
Via	
NPA/Località	
Telefono priv.	Telefono uff.
IBAN (bancario/postale)	Titolare
Nome della banca	NPA/Località

## CURE MEDICHE

(IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO, INDICARE IL RAPPORTO)

### Compilare in caso di MALATTIA

Di che malattia soffre?

---

---

Con quali disturbi?

---

---

Ha già sofferto in passato di questa malattia

No  Sì Quando?

---

### Compilare in caso di INFORTUNO

Data e ora dell'infortunio

---

Dove si è verificato l'infortunio?

---

Causa e dinamica

---

Lesioni riportate

---

Quale medica ha consultato per primo per i suoi attuali disturbi?

Nome e indirizzo

Inizio delle cure

Da che medico è attualmente in cura / in osservazione?

Nome e indirizzo

A causa di questo infortunio / questa malattia ha consultato altri medici?

Nome e indirizzo

Medico di famiglia

Nome e indirizzo

## MALATTIE E/O INFORTUNI PRECEDENTI

Negli ultimi 5 anni si è ammalato o ha subito infortuni?

No

Sì

Che malattie / infortuni ha avuto?

Quando?

Sussistono a tutt'oggi disturbi a seguito di questa malattia / questo infortunio?

No

Sì

Quale medico ha consultato al riguardo?

Nome e indirizzo

## ATTIVITÀ LAVORATIVA

Professione appresa

Quale professione svolgeva quando sono iniziati i disturbi di cui soffre?

Quante ore alla settimana lavorava prima che iniziassero gli attuali disturbi?

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Quale professione svolge attualmente?

Nome e indirizzo dell'attuale datore di lavoro

## ATTIVITÀ LAVORATIVA

Quante ore alla settimana lavorava dopo che sono iniziati gli attuali disturbi?

Il rapporto di lavoro è disdetto?  No  
 Sì

È/è stato/a disoccupato/a?  No  Sì Se sì, indicare le date  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

È libero/a professionista?  No  Sì  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

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

## EVOLUZIONE DELL'INABILITÀ LAVORATIVA E PAGAMENTO DELLO STIPENDIO

Da quando a seguito della malattia/infortunio non è più in grado di svolgere l'attività che esercitava in precedenza?

In che misura è limitata la sua attività professionale?

Grado e durata dell'inabilità lavorativa

% dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Il suo datore di lavoro continua a pagarle lo stipendio?  No  
 Sì

Se sì, nella misura del

% dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

% dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

## CONFRONTO DEL REDDITO

A seguito dell'inabilità lavorativa il suo reddito si è ridotto?  No  
 Sì

Se sì, nella misura del

% al mese da \_\_\_\_\_

% al mese da \_\_\_\_\_

## ALTRE ASSICURAZIONI

Presso quali altre assicurazioni sociali e/o private è assicurato/a privatamente e/o tramite il suo datore di lavoro per prestazioni in caso d'inabilità lavorativa e/o invalidità (ad es. cassa malattia, SUVA, LPP, assicurazioni infortuni, indennità giornaliera, vita e militare, cassa pensioni)?

Nome e indirizzo delle assicurazioni			
N° Polizza / N° AVS			
Tipo di prestazioni			
Entità delle prestazioni			
Durata delle prestazioni			
Ha già annunciato l'inabilità lavorativa?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Percepisce già delle prestazioni?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Da quando?			

P.f. allegare copia di eventuali decisioni/disposizioni.

Cognome	Nome
Data di nascita	N° di polizza
Osservazioni/Complementi	
<hr/> <hr/> <hr/>	
Allegati	
<hr/> <hr/>	

Verifichi di avere risposto integralmente e correttamente a tutte le domande e di avere allegato i necessari giustificativi. Le segnaliamo che qualora, nell'intento d'indurre in errore, venissero dichiarati inesattamente o taciuti dei fatti che escluderebbero o limiterebbero l'obbligo di prestazioni dell'assicuratore YOUPLUS Assurance SA può negare l'erogazione di prestazioni e rescindere dal contratto (art. 40 LFCA).

#### Informazioni sull'elaborazione dei dati

Per verificare il suo diritto alle prestazioni, YOUPLUS Assurance SA reperirà ulteriori informazioni direttamente presso terzi. Si tratta in particolare di persone e istituzioni da cui è stato/a in cura o che erogano prestazioni o forniscono ulteriori informazioni in relazione al suo infortunio/alla sua malattia. A sua volta YOUPLUS Assurance SA si riserva la facoltà di trasmettere dati a queste persone/istituzioni, a riassicuratori e coassicuratori nonché a persone (p. es. medici di fiducia) che per conto di YOUPLUS Assurance SA svolgono determinati compiti in relazione all'erogazione di prestazioni.

Senza la sua autorizzazione qui di seguito, YOUPLUS Assurance SA è impossibilitata a effettuare ulteriori chiarimenti. Le rammentiamo tuttavia che in genere le informazioni fornite dal richiedente non bastano da sole a suffragare il diritto alle prestazioni, che normalmente viene quindi respinto.

#### Autorizzazione

In relazione alla fornitura di prestazioni, autorizzo YOUPLUS Assurance SA a elaborare dati, a reperire informazioni presso autorità, medici, ospedali e altri terzi in Svizzera e all'estero nonché a prendere visione di atti (ad es. presso assicurazioni private e sociali come AVS/AI, assicurazione disoccupazione, casse pensioni, assicuratori LPP, casse malattia, personale medico e datori di lavoro). Queste persone vengono espressamente esonerate dal segreto professionale, dal segreto d'ufficio e dal segreto professionale medico; esse sono quindi autorizzate a fornire informazioni a YOUPLUS Assurance SA e concedere la consultazione di atti. Nella misura in cui l'inizio di una malattia o un'eventuale condizione precedente richiedano chiarimenti, la presente autorizzazione vale anche in relazione alla situazione precedente il momento in cui è subentrato l'evento di cui sopra.

---

Luogo e data

---

Firma dell'assicurato

---

Firma dell'avente diritto