



**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.

<b>Dati personali della persona assicurata:</b>	
Cognome: .....	Nome: .....
Via: .....	NPA/luogo: .....
Data di nascita: .....	N. ass. sociale: .....
N. di telefono: .....	Ass. n.: .....
Coordinate bancarie/postali: .....	
<b>Dinamica della malattia:</b>	
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 a lavoro?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no      al: ..... %      dal: .....
L'annuncio all'Assicurazione invalidità (AI) ha avuto luogo?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Le è stata assegnata una rendita?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no      grado AI: ..... %

Con la sua firma la persona assicurata autorizza espressamente Visana Assicurazioni SA, in qualità di soggetto giuridico dell'assicurazione CDI, 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