

**Notifica d'incapacità lavorativa**

Datore di lavoro:

N. di membro:

**1. Generalità della persona assicurata**

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Via, NPA e località:

Sesso:

F

M

Stato civile:

N. assicurazione sociale:

Numero di telefono:

Indirizzo e-mail

**2. Dati professionali**

Attuale attività professionale

Professione appresa

Sussiste l'assoggettamento all'imposta alla fonte?

Sì

No

Prima dell'inizio dell'incapacità lavorativa la persona assicurata lavorava part time?

Sì

No

In caso affermativo, a quale percentuale?

Da quando?

Il rapporto di lavoro verrà sciolto?

Sì, in data

No

<b>3. Inizio e andamento dell'incapacità lavorativa:</b>	<b>Grado in %</b>	<b>Valido da</b>	<b>Valido fino a</b>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>4. Causa dell'incapacità lavorativa:</b>	<input type="checkbox"/> Malattia	<input type="checkbox"/> Infortunio o malattia professionale
	<input type="checkbox"/> Gravidanza	Data prevista del parto: <input type="text"/>

**5. Rilevamento tempestivo**

La notifica per il rilevamento tempestivo è stata trasmessa all'AI?  Sì  No

Nome dell'ufficio AI:

Notifica effettuata in data:

**6. Attuale situazione assicurativa**

<b>Registrata/o presso</b>	<b>Nome e località</b>	<b>Sinistro n.</b>	<b>Polizza n.:</b>
<input type="checkbox"/> Assicurazione d'indennità giornaliera malattia*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Assicurazione federale per l'invalidità	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Assicurazione contro gli infortuni	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Assicurazione militare	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ass. contro la disoccupazione / altra assicurazione sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* L'eventuale riassegnazione della / del beneficiaria/o di prestazioni dall'assicurazione indennità giornaliera collettiva a un'assicurazione d'indennità giornaliera individuale va comunicata tempestivamente all'istituzione di previdenza.

**7. Figli minorenni o in formazione fino a 25 anni**

Cognome:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>
Data di nascita:	<input type="text"/>	N. assicurazione sociale:	<input type="text"/>
Cognome:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>
Data di nascita:	<input type="text"/>	N. assicurazione sociale:	<input type="text"/>
Cognome:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>
Data di nascita:	<input type="text"/>	N. assicurazione sociale:	<input type="text"/>

8. **Desidera assistenza e supporto gratuiti da parte di gestione della salute in azienda (GSA) e case management (CM)?**  Sì  No

In caso affermativo, a chi inviare la procura CM e il volantino informativo?

Datore di lavoro:

Persona di contatto:

Indirizzo e-mail:

---

## 9. Procura e firma

In relazione all'accertamento del diritto, alla verifica del diritto alle prestazioni della persona assicurata o di altre/i aventi diritto e all'attuazione del regresso contro terzi, nei cui confronti la persona assicurata o i suoi superstiti potrebbero avere diritto a un risarcimento danni per questo evento assicurato, la persona sottoscritta autorizza espressamente proparis e l'organo d'applicazione della cassa pensione

- a richiedere direttamente tutte le informazioni e tutti i documenti – ritenuti necessari per accertare il diritto alle prestazioni e al regresso – alle casse malati, alle assicurazioni d'indennità giornaliera malattia, alle assicurazioni contro gli infortuni, agli uffici AI, alle istituzioni di previdenza, alle assicurazioni sulla vita, contro la disoccupazione, di responsabilità civile e militari, ai medici, agli psicoterapeuti, ai fisioterapisti e ai chiropratici nonché agli ospedali, agli istituti di cura, ai datori di lavoro e ad altre persone / istituzioni.
- Pertanto, i medici, le istituzioni e le persone citate sono esonerati, senza riserve, dal segreto professionale o dall'obbligo del segreto medico o previsto dalla legge nei confronti di proparis e dell'organo d'applicazione della cassa pensione.
- a trasmettere i dati – ritenuti necessari in relazione alla liquidazione dei sinistri e al regresso – a terzi, ad assicurazioni coinvolte, a riassicuratori svizzeri ed esteri o a eventuali assicurazioni individuali sulla vita e all'ufficio AI competente e di ottenere da questi le informazioni necessarie.
- a commissionare proprie perizie. La cassa pensioni si fa carico dei rispettivi costi.

Nella misura in cui la persona assicurata o i suoi superstiti hanno diritto a un risarcimento dei danni derivanti da questo evento assicurato nei confronti di terzi che rispondono dell'evento assicurato, tutti i diritti, fino all'ammontare delle prestazioni regolamentari, vengono ceduti all'istituzione di previdenza tenuta a versare le prestazioni.

### Esonero dal segreto professionale e d'ufficio e diritto alla consultazione e alla trasmissione degli atti

La persona sottoscritta dichiara di liberare dal vincolo del segreto professionale e d'ufficio, nei confronti di Swiss Life SA e delle fondazioni di previdenza competenti (Panvica): l'assicurazione per l'invalidità, l'assicurazione militare, l'assicurazione infortuni, altre e precedenti istituzioni di previdenza, l'assicurazione malattia e indennità giornaliera di malattia, eventuali assicurazioni estere nonché i medici curanti e autorizza le istituzioni di previdenza e le persone citate a fornire a Swiss Life SA e alle fondazioni di previdenza competenti (Panvica) le informazioni necessarie (compresi i dati medici) e a consultare i relativi atti, nella misura in cui ciò si renda necessario ai fini dell'allestimento della previdenza a favore del personale (esame del rischio / caso di previdenza concreto). Saranno richieste unicamente le informazioni necessarie per l'allestimento della previdenza professionale. La persona sottoscritta è inoltre d'accordo che i suoi dati personali e sullo stato di salute vengano inoltrati all'interno di Swiss Life SA e vengano trasmessi ad altri assicuratori e riassicuratori coinvolti nonché a periti per la verifica delle prestazioni e per la lotta contro gli abusi in materia d'assicurazione.

Luogo e data

Firma della persona assicurata