

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

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

4. Causa dell'incapacità lavorativa:	<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

Registrata/o presso	Nome e località	Sinistro n.	Polizza n.:
<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.

Luogo e data

Firma della persona assicurata