

# Notifica d'incapacità lavorativa

Si prega di comunicare tutte le **incapacità lavorative che hanno una durata (presumibilmente) superiore ai 90 giorni**. La notifica dovrebbe essere effettuata il prima possibile affinché i nostri riassicuratori possano richiedere i documenti necessari alle assicurazioni interessate e controllarli.

## 1. Persona assicurata

Azienda

Signor	Signora		
Cognome		Nome	
Via			
NPA/Luogo/Paese			
Data di nascita		Numero AVS	
N. telefono		E-mail	
Stato civile	celibe/nubile	coniugato/a	divorziato/a
	unione domestica registrata	unione domestica sciolta	vedovo/a
Obbligo di		sì	no

## 2. Informazioni sul rapporto di lavoro

Inizio del rapporto di lavoro

Grado di occupazione (%)

Salario annuo AVS all'inizio dell'incapacità lavorativa (salario mensile x 12 o x 13)	CHF	
Disponibile assicurazione d'indennità giornaliera per malattia da parte dell'azienda?	sì	no
Il rapporto di lavoro con l'azienda è/sarà concluso?	sì	no
➔ Se sì: con effetto da quando?		

In caso di uscita dall'impresa si prega di consegnare anche la «Notifica di uscita». Un'uscita definitiva dalla cassa pensioni può avvenire soltanto quando la persona assicurata è di nuovo abile al lavoro o in seguito a deliberazione dell'Al federale.

## 3. Informazioni sull'incapacità lavorativa

Motivo                      Malattia                      Infortunio                      Non chiaro                      Malattia professionale                      Maternità

Disturbi

Cognome

Nome

Numero AVS

#### Andamento dell'incapacità lavorativa fino ad ora

Da \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ Incapacità lavorativa in % \_\_\_\_\_ Medico curante (nome, indirizzo) \_\_\_\_\_

#### 4. Informazioni sulle assicurazioni interessate

Si prega di comunicare il nome di tutte le assicurazioni interessate e il numero di sinistro (se presente).

Assicurazione contro gli infortuni

➔ Allegare una copia della notifica per l'indennità giornaliera di infortunio

Assicurazione d'indennità giornaliera per malattia

➔ Allegare una copia della notifica per l'indennità giornaliera di malattia

Assicurazione militare

Assicurazione federale per l'invalidità

Notifica presentata il \_\_\_\_\_

Ufficio AI competente: \_\_\_\_\_

➔ Allegare una copia della notifica all'assicurazione federale per l'invalidità

Altro (ad es. assicurazioni estere)

➔ Allegare una copia della notifica

#### 5. Procura/Autorizzazione della persona assicurata

Il nostro riassicuratore necessita di una procura/autorizzazione della persona assicurata affinché possa procedere con i chiarimenti richiesti.

Si prega di volerci ritornare la procura/autorizzazione già compilata e sottoscritta unitamente al presente formulario. Qualora ciò non fosse possibile, richiederemo la procura/autorizzazione direttamente alla persona assicurata.

Cognome

Nome

Numero AVS

## 6. Documenti e allegati

Per poter comunicare al riassicuratore l'incapacità lavorativa abbiamo bisogno di una copia dei seguenti documenti.  
**Spuntare la casella corrispondente ai documenti inviati:**

tutti i certificati medici rilasciati finora

notifica all'assicurazione contro gli infortuni o d'indennità giornaliera per malattia

tutte le indennità giornaliere conteggiate finora

eventuale notifica all'assicurazione federale per l'invalidità

notifica / decisione di altre società di assicurazione se disponibili

procura/autorizzazione firmata dalla persona assicurata

Si prega di considerare che una notifica incompleta può rallentare il processo di elaborazione e determinare tempi di attesa più lunghi, ad es. per l'esonero dal pagamento di contributi. La ringraziamo per averci inviato tutti i documenti insieme alla presente notifica e di volerci trasmettere quanto prima una copia del nuovo certificato medico, dei conteggi delle indennità giornaliere, ecc.

## Osservazioni

---

---

---

Luogo, data

Timbro e firma del datore di lavoro