



Notifica d'incapacità lavorativa / di guadagno

SwissLife

Swiss Life SA
Imprese
Casella postale
8022 Zurigo

Datore di lavoro / Istituzione di previdenza	Nome	_____		
	Contratto	_____		
	Gruppo di persone assicurate	_____	_____	_____
Dipendente	Cognome	_____		
	Nome	_____		
	N. d'assicurato	756. _____	Data di nascita	_____
	Via, n.	_____		
	NPA, domicilio	_____		
	Telefono n.	_____		
	Indirizzo e-mail	@ _____		
	Professione e funzione	_____		
	Grado di occupazione prima dell'inizio dell'incapacità al lavoro	_____		
	Sussiste l'obbligo dell'imposta alla fonte?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	Sesso <input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna
Rapporto di lavoro	Il rapporto di lavoro viene sciolto	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, in data	_____
Causa dell'incapacità lavorativa / di guadagno	<input type="checkbox"/> Malattia	<input type="checkbox"/> Malattia o infortunio		
	Tipo di malattia / d'infortunio:	_____		
Decorso dell'incapacità lavorativa / di guadagno	Grado	Validità da	Validità fino a	
	_____ %	_____	_____	
	_____ %	_____	_____	
	_____ %	_____	_____	
Medici curanti	P.f. indicare il medico che può fornire informazioni relative all'intero decorso della malattia o dei postumi d'infortunio.			
	Nome e indirizzo	_____		In cura da
	P.f. indicare gli altri medici curanti e i terapeuti coinvolti (in caso di degenza in ospedale, indicare anche il reparto)			
	Nome e indirizzo	_____		In cura da

	Si prega di allegare copia dei certificati medici già ricevuti			



Rilevamento tempestivo È stata inviata la notifica all'Assicurazione federale per l'invalidità (AI) per un rilevamento tempestivo? sì no

Nome dell'ufficio AI: _____

Notifica avvenuta in data: _____

Attuale situazione assicurativa	Notifica presso	Nome e luogo	Numero di riferimento
<input type="checkbox"/>	Assicurazione d'indennità giornaliera malattia	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Assicurazione federale per l'invalidità	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Assicurazione contro gli infortuni	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Assicurazione militare	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Assicurazione contro la disoccupazione/altra assicurazione sociale	_____	_____

Allegare copie delle decisioni e / o conteggi d'indennità giornaliera già ricevuti

Figli minorenni o agli studi

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____ N. d'assicurato: 756. _____

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____ N. d'assicurato: 756. _____

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____ N. d'assicurato: 756. _____

P.f. allegare attestati di formazione scolastica o professionale

Osservazioni

Firme

Datore di lavoro o Istituzione di previdenza

Data	Luogo	Timbro e firma
_____	_____	_____

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, risp. d'ufficio, nei confronti di Swiss Life e delle fondazioni di previdenza competenti: 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 e alle fondazioni di previdenza competenti 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 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.

Inoltre, la persona sottoscritta è d'accordo che i suoi dati vengano inoltrati, nella misura necessaria, alle istituzioni incaricate per l'accertamento e l'eventuale avvio successivo di un'assistenza commisurata alle esigenze e individuale (case management / job coaching). La persona sottoscritta prende atto che Swiss Life è autorizzata a incaricare terzi della conservazione e del trattamento di dati.

I dati vengono trattati da Swiss Life, dalla fondazione di previdenza competente e da terzi incaricati con la massima discrezione e servono esclusivamente alla gestione, come stabilito nel contratto, del contratto di previdenza o d'assicurazione.

Persona assicurata

Data	Luogo	Firma
_____	_____	_____

In caso di indicazioni inesatte, Swiss Life, risp. la fondazione è autorizzata a ridurre o a rifiutare le prestazioni nei limiti delle disposizioni di legge.

