Swiss Life SA, General-Guisan-Quai 40, Casella postale, 8022 Zurigo

Notifica d'incapacità lavorativa / di guadagno

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'assicurat	
	Data di nascita	**Sesso** ❑ Uomo ❑ Donna
	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?	❑ sì ❑ no
Rapporto di lavoro	Il rapporto di lavoro viene sciolto: ❑ no ❑ sì, in data	. .
Causa dell'incapacità lavorativa / di guadagno	❑ Malattia ❑ Malattia o infortunio	
	Tipo di malattia / d'infortunio:	

Decorso dell'incapacità lavorativa / di guadagno	Grado in %	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 le copie 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	N. riferimento
❑ Assicurazione d'indennità giornaliera malattia		
❑ Assicurazione federale per l'invalidità		
❑ Assicurazione contro gli infortuni		
❑ Assicurazione militare		
❑ 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

_____

_____

Firma

Datore di lavoro o Istituzione di previdenza

_____ _____

Luogo e data | Timbro e firma

Dichiarazione della persona assicurata

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: 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 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.

Autorizzazione alla trasmissione di dati

La persona sottoscritta acconsente 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 (Care Management / case management / job coaching). La persona sottoscritta prende atto che Swiss Life SA è autorizzata a incaricare terzi della conservazione e del trattamento di dati.

I dati vengono trattati da Swiss Life SA, 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.

Firma

Persona assicurata

Luogo e data	Firma

In caso di indicazioni inesatte, Swiss Life SA e le fondazioni di previdenza hanno la facoltà di ridurre o rifiutare le prestazioni nell'ambito delle disposizioni legali.