



# Avviso d'incapacità lavorativa resp. di guadagno

## Parte 1: datore di lavoro

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

\*Contratto n°: \_\_\_\_\_

\*Polizza n°: \_\_\_\_\_

\*Ditta: \_\_\_\_\_

Via, n°: \_\_\_\_\_

NPA, Luogo: \_\_\_\_\_

### Indicazioni:

■ **La parte 1** deve essere compilata **dal datore di lavoro** e può essere inoltrata separatamente dalla parte 2.

■ **La parte 2** deve essere compilata **dalla persona assicurata** e può essere inoltrata separatamente dalla parte 1.

### 1 Dati della persona assicurata

\*Cognome: \_\_\_\_\_

\*Nome: \_\_\_\_\_

\*Data di nascita: \_\_\_\_\_

\*Via, n°: \_\_\_\_\_

\*NPA, Luogo: \_\_\_\_\_

\*Professione/Funzione: \_\_\_\_\_

\*Stato civile: \_\_\_\_\_

\*Entrata nella ditta: \_\_\_\_\_

Telefono ufficio: \_\_\_\_\_

\*Salario della persona assicurata al momento dell'incapacità lavorativa resp. di guadagno?  
Salario annuale (eventualmente calcolato per un anno) \_\_\_\_\_

\*Grado d'occupazione in percentuale della persona assicurata prima dell'incapacità lavorativa \_\_\_\_\_

\*Il rapporto di lavoro della persona assicurata sta per interrompersi? \_\_\_\_\_

Sì  No

(\*In caso affermativo, per quale data è prevista la risoluzione? \_\_\_\_\_

(\*In caso di no, è previsto una risoluzione e per quale data? \_\_\_\_\_

\*Inizio incapacità lavorativa: \_\_\_\_\_

**Malattia**

**Infortunio**

### 2 Altri enti assicurativi interessati a questo caso

Assicurazione d'indennità giornaliera

Assicurazione infortuni

Infortunio n° \_\_\_\_\_

\*Assicurazione invalidità federale:

La comunicazione per il rilevamento tempestivo è stato fatto? \_\_\_\_\_

Sì  No

Il avviso per la riscossione di prestazioni è stato fatto? \_\_\_\_\_

Sì  No

Cantone competente \_\_\_\_\_

\*Assicurazione militare \_\_\_\_\_

Sì  No

Altre assicurazioni (comprese le assicurazioni sociali estere) \_\_\_\_\_

Luogo, Data \_\_\_\_\_

Timbro, firma della ditta \_\_\_\_\_



# Avviso d'incapacità lavorativa risp. di guadagno

## Parte 2: persona assicurata

Per favore firmare alla pagina 2.

\*Contratto n°:

\*Polizza n°:

\*Ditta:

\*Cognome:

\*Nome:

\*Data di nascita:

Telefono privato:

### 1 Indicazioni concernenti l'incapacità lavorativa risp. di guadagno (da compilare dalla persona assicurata)

Nuovo avviso

Avviso di ricaduta

\*La comunicazione per il rilevamento tempestivo è stato fatto al ufficio AI?

Sì

No

In caso di **malattia**

a) (\*) Di cosa soffre?

---

---

---

---

---

b) (\*) Da quando avverte disturbi?

---

---

c) (\*) Fu già precedentemente in cura per la stessa malattia?

Sì

No

(\*) In casa affermativo, quando?

(\*) Medico curante?

---

---

---

---

---

In caso d'**infortunio** (malattie professionali incluse)

a) (\*) Giorno e luogo dell'infortunio:

---

---

b) (\*) Circostanze dell'infortunio? (incl. persone, oggetti o veicoli partecipanti)

---

---

---

---

(\*) C'è terzi con responsabilità civile?

Sì

No

(\*) Esiste un rapporto della polizia?

Sì

No

c) (\*) Genere delle lesioni?

---

---

---

---

---

Allegare alla risposta **la documentazione** (decisioni, disposizioni prese, conferme) dell'assicurazione infortuni.

### 2 Trattamento medico

a) \*Quando ha consultato il medico per la prima volta?

\*Quale medico?

b) (\*) Medici consultati o chiamati in seguito. Quando e quali?

---

---

---

---

---

c) \*Nome e indirizzo del medico presso il quale è attualmente in cura o sotto controllo

---

---

---

### 3 Per le persone con obblighi di mantenimento per la famiglia

(\*)Indicazioni sui figli aventi diritto a prestazioni

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

---

---

#### Documenti necessari:

Fotocopia del libretto di famiglia e per i figli che svolgono un tirocinio o che proseguono i loro studi, se hanno superato l'età termine stipulato nel regolamento risp. il contratto d'assicurazione una dichiarazione del loro datore di lavoro risp. dell'istituto scolastico.

### 4 Procura

Conformemente al regolamento dell'istituzione di previdenza o della fondazione autonoma/semiautonoma del/della sottoscritto/a, l'Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni sulla Vita SA (di seguito denominata «Helvetia») garantisce la gestione dell'istituzione di previdenza o è incaricata della gestione e dell'espletamento del caso di prestazione della fondazione autonoma/semiautonoma.

Il/la sottoscritto/a autorizza pertanto l'Helvetia – nella sua funzione di direttrice dell'istituzione di previdenza o in qualità di istanza incaricata dalla fondazione autonoma/semiautonoma della gestione e dell'espletamento del caso di prestazione – a elaborare i dati necessari per il chiarimento del suo diritto alle prestazioni e l'espletamento del caso di prestazione notificato.

Il/la sottoscritto/a autorizza inoltre l'Helvetia a verificare, sulla base dei dati ottenuti, eventuali diritti alle prestazioni del/della sottoscritto/a nei confronti dell'Helvetia in virtù della legge federale sul contratto d'assicurazione, e a coordinare, se necessario, i casi di prestazione dell'istituzione di previdenza e dell'Helvetia.

Con la presente procura l'Helvetia è altresì espressamente autorizzata a richiedere informazioni e dati utili presso tutti gli assicuratori pubblici e privati coinvolti in questo caso di prestazione (compagnie di assicurazione ed enti assicurativi come l'Assicurazione federale per l'invalidità, l'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni, l'Assicurazione militare federale, le società di assicurazione malattia e infortunio, gli assicuratori delle indennità giornaliere, i coassicuratori o i riassicuratori, le istituzioni di previdenza ecc.), presso i medici curanti, gli altri prestatori di

cure medico-sanitarie, gli ospedali, le case di cura, i datori di lavoro, gli uffici e le autorità, come ad esempio l'ufficio controllo abitanti e le autorità inquirenti, gli uffici di esecuzione, le autorità fiscali ecc. (di seguito denominati «**terzi**»), nonché a visionare e ricevere tutti gli atti rilevanti (di natura medico-sanitaria, professionale, finanziaria e giuridica, come ad esempio i referti medici e i rapporti dell'orientamento professionale).

Il/la sottoscritto/a autorizza i suddetti terzi a comunicare, su richiesta, all'Helvetia o al suo servizio medico i dati necessari per il chiarimento e l'espletamento del caso di prestazione, nonché a farle avere tutti gli atti rilevanti. A questo scopo esonera espressamente i suddetti terzi dall'obbligo di riservatezza e dal segreto professionale sanciti dalla legge e dal contratto. I terzi autorizzati a fornire informazioni possono consegnare all'Helvetia tutti gli atti e i dati rilevanti per l'espletamento del caso di prestazione notificato, anche in assenza di una nuova richiesta.

Il/la sottoscritto/a autorizza infine l'Helvetia a trasmettere ai terzi coinvolti, sia in Svizzera che all'estero, tutti i dati rilevanti per l'espletamento del caso di prestazione notificato.

In caso di mancato conferimento della presente procura, l'Helvetia non è in grado di procedere ai necessari chiarimenti. Ciò può comportare una verifica insufficiente del grado di incapacità di guadagno, con conseguente rifiuto di erogazione della prestazione d'assicurazione. Il/la sottoscritto/a rilascia l'autorizzazione indipendentemente dall'esistenza di un obbligo di prestazione da parte della sua istituzione di previdenza.

---

\*Cognome:

\*Nome:

\*Data di nascita:

---

Apponendo la sua firma la persona assicurata conferisce la procura a pieno diritto.

---

Luogo, Data

Firma della persona assicurata oppure del rappresentante legale

---

Allegati

---

---

**La preghiamo di voler inviare il presente formulario all'indirizzo seguente:** All' vostro ufficio competente o Swisscanto Fondazioni collettive, Cancelleria, St. Alban-Anlage 26, Casella postale 3855, 4002 Basilea