



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: _____

*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 negativo, è prevista una risoluzione e per quale data? _____

Malattia

Infortunio

2 Durata e grado dell'incapacità lavorativa resp. di guadagno della persona assicurata

*Dal _____

*al _____

*Grado dell'incapacità lavorativa resp. di guadagno in % _____

3 Altri enti assicurativi interessati a questo caso

Assicurazione d'indennità giornaliera

Assicurazione infortuni

Riferimento, sinistro o infortunio n° _____

*Assicurazione invalidità federale:

La comunicazione per il rilevamento tempestivo è stata fatta? _____

Sì No

In caso negativo, la comunicazione per il rilevamento tempestivo è prevista? _____

Sì No

*Assicurazione militare _____

Sì No

*Referente presso il datore di lavoro (cognome, nome, e-mail e numero di telefono) : _____

*La parte 2 del formulario viene recapitata alla persona assicurata. _____

Sì No

Luogo, Data _____

Timbro, firma della ditta _____

Si prega di consultare il «Promemoria – Incapacità lavorativa resp. di guadagno» per maggiori informazioni sulle prossime fasi di elaborazione della presente domanda di prestazione.



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

*È già stata presentata una domanda di prestazione all'assicurazione federale per l'invalidità? 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