

## Notifica dell'incapacità lavorativa (formulario datore di lavoro)

Pagine 1 e 2: da compilare a cura del datore di lavoro della persona inabile al lavoro

Datore di lavoro	
Ditta	N. datore di lavoro
	Telefono
Via/N.	NPA/Località

  

Persona assicurata	
Cognome	Nome
Data di nascita	Numero AVS
Via/N.	NPA/Località
Telefono	E-mail
Sesso <input type="checkbox"/> Femminile <input type="checkbox"/> Maschile	Lingua <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Francese <input type="checkbox"/> Tedesco
Attività professionale	
Stato civile:	
<input type="checkbox"/> Nubile/celibe	<input type="checkbox"/> Divorziato/a Data di divorzio
<input type="checkbox"/> Coniugato/a Data di matrimonio	<input type="checkbox"/> Vedovo/a
<input type="checkbox"/> Unione domestica registrata Data di registrazione	<input type="checkbox"/> Concubinato

  

Informazioni sull'incapacità lavorativa (IL)	
Data d'entrata datore di lavoro	Data d'inizio dell'IL (GG/MM/AAAA)
Grado di occupazione prima dell'IL in %	
In caso di lavoro a tempo parziale, indicare il motivo:	
<input type="checkbox"/> Motivi di salute	<input type="checkbox"/> Motivi aziendali
<input type="checkbox"/> Altro:	
GO dopo l'inizio dell'incapacità lavorativa parziale in %	Salario annuo soggetto all'AVS all'inizio dell'IL in CHF

  

Notifica/iscrizione assicuratore terzo	
È avvenuta una notifica all'assicurazione federale per l'invalidità? (Rilevamento tempestivo) <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Se sì, data di iscrizione	Da parte di chi? (Allegare copia della notifica)
L'iscrizione è avvenuta presso: (Si prega di allegare le copie di notifiche/conteggi)	
<input type="checkbox"/> Assicurazione collettiva d'indennità giornaliera per malattia	Data di iscrizione
<input type="checkbox"/> Assicurazione infortuni (LAINF)	Data di iscrizione
<input type="checkbox"/> Assicurazione federale per l'invalidità	Data di iscrizione
<input type="checkbox"/> Assicurazione militare federale	Data di iscrizione

#### Contatto assicurazione malattia collettiva/assicurazione infortuni

Nome dell'assicurazione	Casella postale
Numero di polizza	Via/N.
NPA/Località	

#### Informazioni sul rapporto di lavoro

Quando è stato sciolto il rapporto di lavoro:

da parte di chi?	con effetto da quando? Data
per quali motivi?	
Ultimo giorno di lavoro effettivo prima dell'IL, data	
La persona assicurata è ancora occupata nella sua azienda? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Formazione/professione appresa della persona assicurata	
Breve descrizione dell'attività esercitata prima dell'inizio dell'incapacità lavorativa	
Tipo di occupazione dopo il verificarsi del danno alla salute	
a partire da Data	

#### Informazioni sul Case Management

È già coinvolto un Case Manager di un'altra assicurazione?  Sì  No

Se sì, di quale assicurazione e qual è il nome del Case Manager?
--

Sussistono delle possibilità di trasferimento all'interno dell'azienda?  Sì  No

Se sì: sono già state verificate internamente all'azienda?  Sì  No

A tale riguardo, le interesserebbe una prestazione d'aiuto da parte di specialisti di PKRück?  Sì  No

#### Inoltro della documentazione

La preghiamo di inoltrare la documentazione integrativa come segue:

Previs Previdenza:

<input type="checkbox"/> Il presente formulario di notifica (pagine 1-2) include le copie richieste
---

Persona assicurata:

<input type="checkbox"/> Lettera «Informazione alla persona assicurata»	Data di inoltro
<input type="checkbox"/> Notifica dell'incapacità lavorativa (formulario persona assicurata)	

Luogo/data	Timbro/firma
------------	--------------

## Informazione alla persona assicurata

Stimato cliente

Il suo datore di lavoro ha comunicato a Previs che lei è (in parte) inabile al lavoro. Questo obbligo di notifica è disciplinato nel regolamento di previdenza di Previs.

Previs ha coperto i rischi di invalidità e di decesso mediante riassicurazione con PKRück. Questo contratto prevede a sua volta l'accertamento dei casi di prestazione e la fornitura della relativa assistenza.

Al fine di chiarire il diritto all'esonero dal pagamento dei contributi e calcolare le eventuali prestazioni successive, PKRück richiede che il presente documento, inclusa la procura, sia compilato e firmato:

- **Notifica dell'incapacità lavorativa (formulario persona assicurata)**  
PKRück AG, Leistungen, Zollikerstrasse 4, Postfach, 8032 Zürich

In caso di domande, non esiti a contattare gli assistenti clienti di PKRück (tel. 044 360 50 70).

Grazie e cordiali saluti

PKRück  
Lebensversicherungsgesellschaft  
für die betriebliche Vorsorge AG

## Notifica dell'incapacità lavorativa (formulario persona assicurata)

Datore di lavoro	
Ditta	N. datore di lavoro
	Telefono
Via/N.	NPA/Località

  

Persona assicurata	
Cognome	Nome
Data di nascita	Numero AVS
Via/N.	NPA/Località
Telefono	E-mail
Sesso <input type="checkbox"/> Femminile <input type="checkbox"/> Maschile	Lingua <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Francese <input type="checkbox"/> Tedesco
Formazione professionale della persona assicurata	
Stato civile:	
<input type="checkbox"/> Nubile/celibe	<input type="checkbox"/> Divorziato/a Data di divorzio
<input type="checkbox"/> Coniugato/a Data di matrimonio	<input type="checkbox"/> Vedovo/a
<input type="checkbox"/> Unione domestica registrata Data di registrazione	<input type="checkbox"/> Concubinato
Succinta descrizione dell'attività svolta prima del verificarsi dell'IL	

  

Informazioni supplementari
Medico curante
Indirizzo
L'azienda dispone di servizi qualificati per il Case Management? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Se sì, quale assicurazione e nome del case manager?
In caso di occupazione parziale: L'occupazione parziale è dovuta a motivi di salute? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

## Procura e consenso

**Trasmissione dei dati e procura per la raccolta di dati relativi alla salute ai fini della gestione delle assicurazioni e di eventuali controlli dei casi di incapacità lavorativa e di prestazione notificati nonché, qualora concordato, per il trattamento dei casi di prestazione.**

L'istituto di previdenza ha riassicurato i rischi invalidità e decesso con PKRück AG ([www.pkrueck.com](http://www.pkrueck.com)). Per la gestione delle assicurazioni e l'eventuale controllo dei casi di incapacità lavorativa e di prestazione notificati dall'istituto di previdenza a PKRück, quest'ultima necessita di tutti i diritti per verificare i Suoi dati relativi alla salute, così come per richiedere a terzi ulteriori informazioni relative alla salute. L'istituto di previdenza ha eventualmente trasmesso anche i casi di prestazione a PKRück per il trattamento. L'istituto di previdenza, rispettivamente PKRück, tratta i Suoi dati relativi alla salute per valutare se, a partire da quando e in quale misura Le spetta una prestazione della previdenza professionale. L'istituto di previdenza, rispettivamente PKRück, necessita a tal fine di tutti i diritti per verificare i Suoi dati relativi alla salute, così come per richiedere a terzi ulteriori informazioni relative alla salute.

**Trasferimento dei dati ai riassicuratori di PKRück per la gestione dell'assicurazione e l'eventuale controllo dei casi di prestazione notificati.**

In alcuni casi, PKRück si avvale di ulteriori riassicurazioni. Affinché anche tali riassicurazioni possano gestire ed eventualmente controllare il caso di prestazione, PKRück presenterà loro Suoi dati relativi alla salute. I Suoi dati personali saranno utilizzati dalle riassicurazioni solo per le succitate finalità.

**Informazione e consultazione degli atti; procura per la raccolta dei dati relativi alla salute e consenso alla trasmissione dei dati**

- Con la presente autorizzo l'istituto di previdenza, rispettivamente PKRück, a raccogliere informazioni scritte e orali nonché a richiedere atti per la consultazione, presso le assicurazioni competenti (tutte le assicurazioni sociali e assicurazioni private), le autorità (in particolare servizi sociali, URC, casse di compensazione), il datore di lavoro ecc.
- Autorizzo i medici, gli psicologici, i fisioterapisti e gli psicoterapeuti, nonché l'ulteriore personale sanitario, ai fini del trattamento del caso di prestazione, a fornire all'istituto di previdenza, rispettivamente a PKRück, tutte le informazioni e le documentazioni relative al mio stato di salute e a eventuali trattamenti. Svincolo tali persone e i collaboratori degli istituti menzionati dal loro obbligo di segretezza nei confronti dell'istituto di previdenza, rispettivamente di PKRück. Inoltre, accetto che l'istituto di previdenza, rispettivamente PKRück, trasmetta i miei dati relativi alla salute a questi enti, per le finalità menzionate, e svincolo espressamente i collaboratori di queste istituzioni dal loro obbligo di segretezza.
- Acconsento al fatto che i miei dati relativi alla salute siano trasmessi a PKRück ed eventualmente a ulteriori riassicurazioni ai fini della gestione delle assicurazioni e del controllo dei casi di prestazione e che siano utilizzati in quella sede per le finalità menzionate nel presente documento. Il presente consenso comprende espressamente anche il diritto di PKRück di trasmettere a sua volta ad altri riassicuratori, per le medesime finalità, i miei dati relativi alla salute. Prendo espressamente atto e accetto che i miei dati, inclusi i dati relativi alla salute, possono essere a loro volta trasmessi da tali riassicuratori ad altri riassicuratori per le medesime finalità.

I consensi rilasciati possono essere revocati in qualsiasi momento mediante comunicazione scritta all'istituto di previdenza e a PKRück. Il sottoscritto è consapevole che, in caso rifiuti i necessari consensi o revochi un consenso rilasciato, ciò potrebbe impedire un accertamento, una gestione delle assicurazioni e quindi un riconoscimento di prestazioni della previdenza professionale.

Apponendo la mia firma confermo di avere fornito correttamente le informazioni e do il mio consenso ai punti succitati.

Luogo/Data	Firma
------------	-------

Inviare il formulario a: PKRück AG, Leistungen, Zollikerstrasse 4, Postfach, 8032 Zürich