

# 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

<b>Affiliazione</b>	
Datore di lavoro	Numero di affiliazione
	Telefono
Via	NPA / Luogo

<b>Persona assicurata</b>	
Cognome	Nome
Data di nascita	Numero AVS
Via	NPA / Luogo
Telefono	E-mail
Sesso <input type="checkbox"/> Femminile <input type="checkbox"/> Maschile	Lingua della corrispondenza <input type="checkbox"/> it <input type="checkbox"/> fr <input type="checkbox"/> te
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	

<b>Informazioni sull'incapacità lavorativa (IL)</b>	
Data d'entrata datore di lavoro	Data d'inizio dell'IL <sup>1</sup>
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

<b>Notifica / iscrizione assicuratore terzo</b>	
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? <sup>2</sup>
L'iscrizione è avvenuta presso:	
<input type="checkbox"/> Assicurazione collettiva d'indennità giornaliera per malattia <sup>3</sup>	Data di iscrizione
<input type="checkbox"/> Assicurazione infortuni (LAINF) <sup>3</sup>	Data di iscrizione
<input type="checkbox"/> Assicurazione federale per l'invalidità	Data di iscrizione
<input type="checkbox"/> Assicurazione militare federale	Data di iscrizione

<sup>1</sup> Data esatta! Allegare copia del certificato medico (se disponibile)

<sup>2</sup> Allegare copia della notifica

<sup>3</sup> Allegare copie dell'iscrizione e degli eventuali conteggi dell'indennità giornaliera

#### Contatto assicurazione malattia collettiva / assicurazione infortuni

Nome dell'assicurazione

Casella postale

Numero di polizza

Via

NPA / Luogo

#### 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?  sì  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:

Il presente formulario di notifica (pagine 1-2) incluse le copie richieste

Persona assicurata:

Lettera «Informazione alla persona assicurata»

«Procura generale»

Data di inoltro

Luogo / data

Timbro / firma

## Informazione alla persona assicurata

Stimato cliente

Previs è riassicurata presso PKRück Lebensversicherungsgesellschaft per le prestazioni di rischio (invalidità / decesso). PKRück è stata da noi incaricata di accertare i casi di prestazione e di fornire la relativa assistenza. Il suo datore di lavoro ci ha comunicato che lei si trova in incapacità lavorativa (parziale).

Per poter accertare la necessità di un Case Management come anche il diritto all'esonero dal pagamento dei contributi e calcolare per lei eventuali prestazioni successive, necessitiamo della seguente documentazione:

- Procura generale: da compilare e ritornarci firmata al nostro indirizzo:  
PKRück SA, Prestazioni, Zollikerstrasse 4, Casella postale, 8032 Zurigo

In caso di domande sul Case Management, può rivolgersi agli assistenti alla clientela di PKRück al numero 044 360 50 70. In caso di domande sull'esonero dal pagamento dei premi, può rivolgersi all'assistente alla clientela di Previs al numero 031 963 03 00.

Ringraziando per la gentile collaborazione, porgiamo i nostri distinti saluti.

Previs Previdenza

PKRück  
Società di assicurazione sulla vita  
per la previdenza professionale SA

## Procura generale

<b>Persona assicurata</b>	
Impresa	Luogo di lavoro
Cognome	Nome
Data di nascita	Numero AVS
Via/N°	NPA/Luogo
Telefono	E-mail
Sesso <input type="checkbox"/> Femminile <input type="checkbox"/> Maschile	Lingua della corrispondenza <input type="checkbox"/> it <input type="checkbox"/> de <input type="checkbox"/> fr
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	

<b>Informazioni supplementari</b>
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 generale

Conferisco procura alla mandataria per le questioni relative all'**Accertamento sul diritto a prestazioni nell'ambito delle assicurazioni sociali, in particolare in ambito della previdenza professionale** con riferimento a:

#### Informazioni e accesso a documenti

Conferisco la facoltà di fornire e procurarsi informazioni scritte e orali (inclusa la possibilità di consegnare ai seguenti assicuratori e alle seguenti autorità dei documenti da esaminare) e di visionare i miei atti presso le assicurazioni e le autorità competenti (Assicurazione federale d'invalidità, Assicurazione infortuni, Assicurazione d'indennità giornaliera, Assicurazione disoccupazione, datore di lavoro e riassicurazione della PKRück) e di trasmettere gli atti di terzi (Assicurazione federale d'invalidità, Assicurazione infortuni, ecc.) alla riassicurazione della PKRück.

#### Segreto professionale del medico

Sciolgo il mio medico curante ed ogni medico delle assicurazioni private e sociali dal segreto professionale nei miei confronti.

La validità della presente procura non cessa con la morte del mandante.

#### Protezione dei dati

La mandataria si impegna ad utilizzare i dati confidati esclusivamente per gli scopi citati nella presente procura, nel rispetto delle norme sulla protezione dei dati attualmente in vigore in Svizzera. La mandataria trasmette i dati a terze parti esclusivamente se quest'ultime sono sottoposte alle stesse restrizioni legali.

Luogo/Data	Firma della persona assicurata (mandante)
------------	---

Inoltare il formulario Procura a: **PKRück SA, Prestazioni, Zollikerstrasse 4, Casella postale, 8032 Zurigo**