



Datore di lavoro: \_\_\_\_\_  
Persona assicurata: \_\_\_\_\_  
Persona assicurata: \_\_\_\_\_  
Tel. della persona assicurata: \_\_\_\_\_  
(per eventuali chiarimenti)

No di affiliazione: \_\_\_\_\_

No di affiliazione: \_\_\_\_\_

## Notifica dell'incapacità lavorativa

(Si prega di compilare il presente modulo in maniera chiara, in stampatello o con macchina da scrivere e di firmarlo)

### Dettagli sull'incapacità lavorativa

Inizio: \_\_\_\_\_ Grado d'incapacità lavorativa iniziale: \_\_\_\_\_ %

Causa:  Malattia  Infortunio o malattia professionale

Modifiche del grado d'incapacità lavorativa: dal: \_\_\_\_\_ al: \_\_\_\_\_ %

dal: \_\_\_\_\_ al: \_\_\_\_\_ %

Si prega di allegare una copia dei certificati medici

L'incapacità al lavoro è stata notificata all'AI federale per il rilevamento tempestivo?  sì  no

Notifica del: \_\_\_\_\_

Notifica a cura di: \_\_\_\_\_

Nome dell'ufficio AI: \_\_\_\_\_

L'incapacità al lavoro è stata notificata ad altri istituti d'assicurazione?  sì  no

	Notifica del:	Le prestazioni sono riconosciute:		
<input type="checkbox"/>	all'AI federale	_____	al _____ %	dal _____
<input type="checkbox"/>	all'AM federale	_____	al _____ %	dal _____
<input type="checkbox"/>	all'assicurazione infortuni (LAINF)	_____	al _____ %	dal _____
<input type="checkbox"/>	a un assicuratore sociale estero	_____	al _____ %	dal _____
<input type="checkbox"/>	all'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia	_____	al _____ %	dal _____
Nome dell'assicurazione: _____		No contratto:	_____	

Si prega di allegare una copia delle decisioni e dei calcoli delle indennità giornaliere pertinenti dall'inizio dell'incapacità lavorativa



**Il rapporto di lavoro è stato sciolto?**

sì  no

Se sì: data di uscita (= interruzione del rapporto di lavoro) \_\_\_\_\_

Il datore di lavoro dichiara che all'atto dello scioglimento del rapporto di lavoro sono state osservate le disposizioni relative al contratto di lavoro e le disposizioni obbligatorie in materia di diritto del lavoro (p.es. art. 336c CO).

**Procura**

La persona assicurata autorizza a rilasciare informazioni a tutte le persone che possono fornire indicazioni rilevanti per il disbrigo del caso di prestazione, in particolare privati coinvolti, società, uffici amministrativi, medici, avvocati, assicuratori privati, assicuratori di responsabilità civile, organi delle assicurazioni sociali e autorità d'assistenza sociale interessati.

\_\_\_\_\_  
Luogo

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma della persona assicurata

\_\_\_\_\_  
Luogo

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma del datore di lavoro



Stiftung Auffangeinrichtung BVG  
Fondation institution supplétive LPP  
Fondazione istituto collettore LPP

**Confidenziale**

Fondazione istituto collettore LPP  
Previdenza LPP  
Elias-Canetti-Strasse 2  
Casella postale  
8050 Zurigo

**Confidenziale**

Fondazione istituto collettore LPP  
Previdenza LPP  
Elias-Canetti-Strasse 2  
Casella postale  
8050 Zurigo

Vi preghiamo di allegare la presente copertina alla documentazione che ci rispedisce. Grazie!

Per la restituzione dei vostri documenti non utilizzate graffette, punti metallici o nastro adesivo.

