



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

No di affiliazione: _____

No di affiliazione: _____

Notifica dell'incapacità lavorativa

(Vogliate compilare questo formulario in maniera elettronica o in stampatello e 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

all'AI federale Notifica del: _____ Le prestazioni sono riconosciute: al _____% dal _____

all'AM federale _____ al _____% dal _____

all'assicurazione infortuni (LAINF) _____ al _____% dal _____

a un assicuratore sociale estero _____ al _____% dal _____

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