

Notifica dell'incapacità al lavoro

Per evitare spiacevoli complicazioni si prega di compilare debitamente il modulo in stampatello in ogni sua parte.

Pensionskasse (Cassa pensione) Vorsorgestiftung (Fondazione di previdenza)

Avvertenze relative ai casi di prestazione

► Periodo d'attesa per l'esonero dal pagamento dei contributi secondo il contratto di affiliazione.

1. Ditta

Nome

N° di socio/contratto

Persona da contattare

Ditta

Broker

E-mail

N° di tel.

2. Persona assicurata

Cognome

Nome

N° AVS

Stato civile

Data di nascita

Sesso

m f

Via, n.

CAP

Luogo

E-mail

N° di tel.

Lingua

IT FR DE EN

attività esercitata

3. Caso di assicurazione

Causa

Infortunio

Malattia

Gravidanza

Senza assicurazione di indennità giornaliera

Senza assicurazione di indennità giornaliera

Diagnosi:

Diagnosi:

Incapacità di guadagno dal (data)

Nome dell'assicuratore dell'indennità giornaliera

Indirizzo

Numero di riferimento

Nome della persona da contattare

N° di tel.



▼ Voglia prestare attenzione alla pagina seguente.

Rapporto di lavoro

Grado di occupazione prima del subentrare dell'incapacità al lavoro

- Il rapporto di lavoro è ancora in essere
- Il rapporto di lavoro è cessato il

i Se il rapporto di lavoro è stato sciolto, si prega di inviarci separatamente la notifica di uscita.

Osservazioni

Procura

Si prega di inviare la procura firmata della/del dipendente. La procura ci permette di avviare l'elaborazione della pratica nel più breve tempo possibile. Se si desidera che l'Asga richieda la procura in un secondo momento, si prega di comunicarcelo.

- procura firmata in allegato
- L'Asga è pregata di richiedere la procura in un secondo momento (la durata del trattamento della pratica dipende dalla ricezione della procura)

i Si prega di allegare al presente modulo i seguenti documenti:

- ▶ Copie della notifica di infortunio o di malattia
- ▶ Copie di eventuali conteggi di prestazioni e di indennità giornaliere da parte di assicurazioni (LAINF, IGM ecc.)
- ▶ Certificato medico, in assenza di un'assicurazione malattia
- ▶ Procura della persona assicurata

Luogo

Data

Timbro e firma della ditta



▶ Voglia inviare questo modulo debitamente compilato, firmato e corredato della necessaria documentazione all'Asga, Postfach, 9001 St.Gallen.

Procura

Per evitare spiacevoli complicazioni si prega di compilare debitamente il modulo in stampatello in ogni sua parte.

1. Ditta

Nome

N° di socio/contratto

Procura

a) Altri assicuratori

Ai fini del chiarimento e della verifica del diritto alle prestazioni **la persona assicurata**

Cognome

Nome

N° AVS

autorizza espressamente l'**Asga Pensionskasse Genossenschaft** a richiedere le informazioni necessarie a tutti gli assicuratori pubblici e privati coinvolti nel caso in questione, come le casse malati, gli assicuratori malattia, gli assicuratori d'indennità giornaliera di malattia, gli assicuratori contro gli infortuni, gli uffici AI, gli istituti di previdenza, ecc., nonché a prendere visione dei dossier pertinenti (per esempio, perizie mediche, relazioni di altre istituzioni quali gli uffici di orientamento professionale, ecc.).

b) Medici e altri fornitori di prestazioni mediche

La/Il sottoscritto/a autorizza inoltre l'**Asga Pensionskasse Genossenschaft** a richiedere le informazioni che ritiene necessarie a medici e altri fornitori di servizi medici, nonché a ospedali, case di cura, ecc. I medici e le suddette istituzioni sono pertanto dispensati dall'obbligo di riservatezza nei confronti dell'Asga Pensionskasse Genossenschaft senza alcuna riserva.

c) Trasmissione dei propri dossier

La/Il sottoscritto/a autorizza inoltre l'**Asga Pensionskasse Genossenschaft** a trasmettere i documenti, in particolare i documenti medici, sul decorso dell'incapacità al lavoro all'assicurazione malattia/infortuni e all'ufficio AI di pertinenza, al fine di aumentare le possibilità di reintegrazione nella vita lavorativa. Tale procedura non sostituisce tuttavia la domanda presso l'assicurazione malattia/infortuni e alla AI, a cui deve provvedere la persona assicurata stessa.

Con la seguente firma, il/la sottoscritto/a conferisce in toto la suddetta procura (da a a c).

Numero di infortunio o di sinistro

Indirizzo

CAP, luogo

Luogo

Data

Firma della persona assicurata o del rappresentante legale/nominato



► Voglia inviare questo modulo debitamente compilato, firmato e corredato della necessaria documentazione all'Asga, Postfach, 9001 St.Gallen.