

Notifica di un'incapacità lavorativa

Si prega di compilare in stampatello. I moduli compilati in ogni parte risparmiano a Lei e a noi ulteriori inconvenienti.

☐ Pensionskasse (Fondo pensione) ☐ Vorsorgestiftung (Fondazione di previdenza) ☐ Dienstleistungen AG (Servizi AG)

Indicazioni relative a casi di prestazione

- ▶ Al ricevimento della presente notifica riceverà la documentazione per la gestione del caso di prestazione.
- ▶ Periodo di franchigia per esenzione dal pagamento di contributi secondo contratto di affiliazione.

1. Ditta

Nome

Assicurato/Contratto N°

2. Assicurato

Cognome

Nome

AVS N°

N° precedente AVS. (se esistente)

Data di nascita

Sesso

☐ m ☐ f

Via, numero civico

CAP

Luogo

3. Caso assicurativo

Causa

☐ Infortunio

☐ Malattia

☐ Gravidanza

☐ Inabilità al lavoro da (data)

☐ Decesso (data)

Osservazioni (si prega di citare gli allegati)

Luogo

Data

Timbro e firma della ditta

▶ Si prega di inviare il presente modulo compilato, firmato a Asga, Postfach, 9001 St.Gallen.

