

# Notifica incapacità lavorativa

Cassa Pensioni  
dei falegnami  
Ifangstrasse 8  
8952 Schlieren

## 1. Dati personali dell'assicurato:

Nome

No. AVS

Cognome

Stato civile

Via

Numero di telefono

NPA / Località

eMail

## 2. Inizio e causa dell'incapacità lavorativa:

Causa dell'incapacità lavorativa

Malattia

Infortunio

Osservazione

Inizio dell'incapacità lavorativa / data dell'infortunio

Giorno / Mese / Anno

Grado dell'occupazione prima dell'incapacità lavorativa:

100%

\_\_\_\_\_%  
Tempo parziale

### 3. Assicurazione d'indennità giornaliera di malattia e/o d'infortunio

Esiste un'assicurazione d'indennità giornaliera di malattia e/o d'infortunio?                      si                      no

Nome dell'assicurazione d'indennità giornaliera di malattia e/o d'infortunio

Via

NPA / Località

Numero di polizza dell'assicurazione d'indennità giornaliera di malattia e/o d'infortunio

### 4. Procura e firma

In vista degli accertamenti per stabilire i diritti, della verifica del diritto alle prestazioni da parte della persona assicurata o di altri aventi diritto e dell'attuazione del regresso nei confronti di terzi verso i quali la persona assicurata o i suoi superstiti in seguito a questo caso di assicurazione possono fare valere pretese di risarcimento di danni, con la sua firma la persona assicurata autorizza esplicitamente proparis e l'organo d'applicazione della cassa pensione a

- procurarsi le informazioni e la documentazione occorrenti per chiarire il diritto alle prestazioni e di regresso direttamente presso casse malati, assicuratori delle indennità giornaliere in caso di malattia, assicuratori infortuni, uffici AI, istituti di previdenza, assicuratori sulla vita, assicurazioni disoccupazione, di responsabilità civile e militare, medici, psicoterapeuti, fisioterapisti, chiropratici nonché ospedali, case di cura, datori di lavoro e altre persone/istituzioni.

I medici nonché le istituzioni e persone citate sono pertanto sollevati senza riserva dal loro segreto professionale e dall'obbligo di riservatezza medico o legale nei confronti di proparis e dell'organo d'applicazione della cassa pensione;

- trasmettere a terzi, agli assicuratori coinvolti, ai riassicuratori nazionali ed esteri o agli eventuali assicuratori sulla vita individuale e ai competenti uffici AI, i dati che sembrano necessari per il trattamento del danno e del regresso e a richiedere da questi le informazioni necessarie;

- ordinare l'esecuzione di perizie proprie, i cui costi sono a carico della cassa pensione.

A condizione che la persona assicurata o i suoi successori possano fare valere le loro pretese di risarcimento di danni derivanti da questo caso di assicurazione nei confronti di terzi che rispondono per il caso di assicurazione, con la presente tutti i diritti fino all'ammontare delle prestazioni regolamentari vengono ceduti all'istituto di previdenza tenuto a fornire le prestazioni.

Luogo e data

Firma

La preghiamo di inviare il formulario compilato e firmato insieme al formulario "certificato medico dell'incapacità lavorativa, compilato dal medico curante" alla cassa pensione.

**\* La preghiamo di notare che secondo il nostro regolamento, i costi per i documenti da fornire (come per esempio il certificato medico) sono a vostro incarico.**