



Opera di previdenza di proparis Fondazione di previdenza arti e mestieri Svizzera, Berna

Notifica d'incapacità lavorativa

Datore di lavoro:

N. di membro:

1. Generalità della persona assicurata

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Via, NPA e località:

Sesso:

☐

Donna

☐

Uomo

Stato civile:

N. assicurazione sociale:

Numero di telefono:

Indirizzo e-mail

2. Dati professionali

Attuale attività professionale

Professione appresa

Sussiste l'assoggettamento all'imposta alla fonte?

☐

Sì

☐

No

Prima dell'inizio dell'incapacità lavorativa la persona assicurata lavorava part time?

☐

Sì

☐

No

In caso affermativo, a quale percentuale?

Da quando?

Il rapporto di lavoro verrà sciolto?

☐

Sì, in data

☐

No

3. Inizio e andamento dell'incapacità lavorativa:	Grado in %	Valido da	Valido fino a

4. Causa dell'incapacità lavorativa:	☐ Malattia	☐ Infortunio o malattia professionale
	☐ Gravidanza	Data prevista del parto:

5. Rilevamento tempestivo

La notifica per il rilevamento tempestivo è stata trasmessa all'AI? ☐ Sì ☐ No

Nome dell'ufficio AI:

Notifica effettuata in data:

6. Attuale situazione assicurativa

Registrata/o presso	Nome e località	Sinistro n.	Polizza n.:
☐ Assicurazione d'indennità giornaliera malattia*			
☐ Assicurazione federale per l'invalidità			
☐ Assicurazione contro gli infortuni			
☐ Assicurazione militare			
☐ Ass. contro la disoccupazione / altra assicurazione sociale			

* L'eventuale riassegnazione della / del beneficiaria/o di prestazioni dall'assicurazione indennità giornaliera collettiva a un'assicurazione d'indennità giornaliera individuale va comunicata tempestivamente all'istituzione di previdenza.

7. Figli minorenni o in formazione fino a 25 anni

Cognome:		Nome:	
Data di nascita:		N. assicurazione sociale:	
Cognome:		Nome:	
Data di nascita:		N. assicurazione sociale:	
Cognome:		Nome:	
Data di nascita:		N. assicurazione sociale:	

8. Desidera assistenza e supporto gratuiti da parte di gestione della salute in azienda (GSA) e case management (CM)?

☐ Sì

☐ No

In caso affermativo, a chi inviare la procura CM e il volantino informativo?

Datore di lavoro:

Persona di contatto:

Indirizzo e-mail:

9. Procura e firma

In relazione all'accertamento del diritto, alla verifica del diritto alle prestazioni della persona assicurata o di altre/i aventi diritto e all'attuazione del regresso contro terzi, nei cui confronti la persona assicurata o i suoi superstiti potrebbero avere diritto a un risarcimento danni per questo evento assicurato, la persona sottoscritta autorizza espressamente proparis e l'organo d'applicazione della cassa pensione

- a richiedere direttamente tutte le informazioni e tutti i documenti – ritenuti necessari per accertare il diritto alle prestazioni e al regresso – alle casse malati, alle assicurazioni d'indennità giornaliera malattia, alle assicurazioni contro gli infortuni, agli uffici AI, alle istituzioni di previdenza, alle assicurazioni sulla vita, contro la disoccupazione, di responsabilità civile e militari, ai medici, agli psicoterapeuti, ai fisioterapisti e ai chiropratici nonché agli ospedali, agli istituti di cura, ai datori di lavoro e ad altre persone / istituzioni.
- Pertanto, i medici, le istituzioni e le persone citate sono esonerati, senza riserve, dal segreto professionale o dall'obbligo del segreto medico o previsto dalla legge nei confronti di proparis e dell'organo d'applicazione della cassa pensione.
- a trasmettere i dati – ritenuti necessari in relazione alla liquidazione dei sinistri e al regresso – a terzi, ad assicurazioni coinvolte, a riassicuratori svizzeri ed esteri o a eventuali assicurazioni individuali sulla vita e all'ufficio AI competente e di ottenere da questi le informazioni necessarie.
- a commissionare proprie perizie. La cassa pensioni si fa carico dei rispettivi costi.

Nella misura in cui la persona assicurata o i suoi superstiti hanno diritto a un risarcimento dei danni derivanti da questo evento assicurato nei confronti di terzi che rispondono dell'evento assicurato, tutti i diritti, fino all'ammontare delle prestazioni regolamentari, vengono ceduti all'istituzione di previdenza tenuta a versare le prestazioni.

Luogo e data

Firma della persona assicurata