

Avviso d'incapacità lavorativa resp. di guadagno

*Contratto n°: _____

*Polizza n°: _____

*Ditta: _____

Via, n°: _____

NPA, Luogo: _____

Per favore riempire le tre pagine e firmare.

Malattia

Infortunio

1 Dati della persona assicurata (da compilare dal datore di lavoro)

*Cognome: _____ *Nome: _____ *Data di nascita: _____

*Via, n°: _____ *NPA, Luogo: _____

*Nazionalità: _____ *Professione/Funzione: _____ *Stato civile: _____

*Entrata nella ditta: _____ Telefono privato: _____ Telefono ufficio: _____

*Quale era il salario della persona assicurata al momento dell'incapacità lavorativa resp. di guadagno? Salario annuale (eventualmente calcolato per un anno) _____

*Il rapporto di lavoro della persona assicurata sta per interrompersi? Sì No

(*In caso affermativo, per quale data è prevista la risoluzione? _____

(*In caso di no, è previsto una risoluzione del rapporto di lavoro e per quale data? _____

2 Altri enti assicurativi interessati a questo caso

Assicurazione infortuni	Infortunio n°	Assicurazione perdita di guadagno
_____	_____	_____

*Assicurazione invalidità federale:

La comunicazione per il rilevamento tempestivo è stato fatto? Sì No

Il avviso per la riscossione di prestazioni è stato fatto della persona assicurata? Sì No

Notifica all'AI prevista? Cantone competente _____ Sì No

*Assicurazione militare Sì No

Altre assicurazioni (comprese le assicurazioni sociali estere)

3 Per le persone con obblighi di mantenimento per la famiglia

(*)Indicazioni sui figli aventi diritto a prestazioni

Cognome: _____ Nome: _____ Data di nascita: _____

Documenti necessari:

Fotocopia del libretto di famiglia e per i figli che svolgono un tirocinio o che proseguono i loro studi, se hanno superato l'età termine stipulato nel regolamento resp. il contratto d'assicurazione una dichiarazione del loro datore di lavoro resp. dell'istituto scolastico.

Luogo, Data

Timbro, firma della ditta

4 Indicazioni concernenti l'incapacità lavorativa risp. di guadagno (da compilare dalla persona assicurata)

Nuovo avviso

Avviso di ricaduta

*La comunicazione per il rilevamento tempestivo è stato fatto al ufficio AI? Sì No

In caso di **malattia**

In caso d'**infortunio** (malattie professionali incluse)

a) (*) Di cosa soffre?

a) (*) Giorno e luogo dell'infortunio:

b) (*) Circostanze dell'infortunio? (incl. persone, oggetti o veicoli partecipanti)

b) (*) Da quando avverte disturbi?

(*) C'è terzi con responsabilità civile? Sì No

c) (*) Fu già precedentemente in cura per Sì No la stessa malattia?

(*) Esiste un rapporto della polizia? Sì No

(*) In casa affermativo, quando? _____

(*) Medico curante?

c) (*) Genere delle lesioni?

Allegare alla risposta **la documentazione** (decisioni, disposizioni prese, conferme) dell'assicurazione infortuni.

5 Trattamento medico

a) *Quando ha consultato il medico per la prima volta? _____

*Quale medico? _____

b) (*) Medici consultati o chiamati in seguito. Quando e quali?

c) *Nome e indirizzo del medico presso il quale è attualmente in cura o sotto controllo

6 Durata e grado dell'incapacità lavorativa risp. di guadagno

*Dal

*al

*Grado dell'incapacità di guadagno in %

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

7 Procura

a) Altri assicuratori

In vista degli accertamenti per stabilire i diritti e della verifica del diritto alle prestazioni da parte della persona assicurata, quest'ultima autorizza espressamente la Helvetia a procurarsi presso tutti gli altri enti di previdenza di diritto pubblico o privato coinvolti in questo caso (casche malati, assicuratori malattia, assicuratori delle indennità giornaliere per malattia, assicuratori infortuni, uffici AI, istituti di previdenza, ecc.) le informazioni occorrenti ed in particolare a prendere visione degli atti rilevanti per questo caso (p. es. referti medici e rapporti di altre istituzioni come l'ufficio di orientamento professionale).

b) Medici e altri operatori di servizi medici

Sulla scorta della seguente firma la Helvetia sarà inoltre autorizzata a richiedere le informazioni giudicate necessarie presso i medici e gli altri operatori sanitari quali ospedali, di cura, ecc. I medici e le altre istituzioni

citare sono pertanto esonerate senza riserve dall'obbligo di riservatezza nei confronti della Helvetia.

c) Inoltre dei propri atti

Per aumentare le opportunità di reintegrazione nella vita professionale la persona firmataria autorizza inoltre la Helvetia a trasmettere ai competenti uffici AI i documenti in merito al decorso dell'incapacità lavorativa, in particolare i documenti di natura medica. Questa procedura, tuttavia, non sostituisce la notifica all'AI che deve essere effettuata dalla stessa persona assicurata.

Cognome e nome della persona assicurata

Data di nascita

No d'assicurazione (AVS)

Apponendo la sua firma la persona assicurata conferisce la procura a pieno diritto (a fino a-c).

Luogo, Data

Firma della persona assicurata oppure del rappresentante legale

Allegati

La preghiamo di voler inviare il presente formulario all'indirizzo seguente:

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni sulla Vita SA, casella postale 3855, 4002 Basilea