



Datore di lavoro: \_\_\_\_\_  
Persona assicurata: \_\_\_\_\_

N. di affiliazione: \_\_\_\_\_  
N. assic.: \_\_\_\_\_

## Notifica dell'incapacità lavorativa

(Siete invitati a compilare il presente modulo in modo leggibile, in stampatello e firmarlo)

### Dettagli sull'incapacità lavorativa

Inizio: \_\_\_\_\_ Grado d'incapacità lavorativa iniziale: \_\_\_\_\_ %

Causa:  Malattia  Infortunio o malattia professionale

Modifiche del grado d'incapacità lavorativa: dal: \_\_\_\_\_ al: \_\_\_\_\_ %

dal: \_\_\_\_\_ al: \_\_\_\_\_ %

dal: \_\_\_\_\_ al: \_\_\_\_\_ %

Medici curanti o istituti ospedalieri: \_\_\_\_\_ (Si prega di indicare nome e indirizzo, per gli ospedali specificare anche il medico o il reparto)

Si prega di allegare una copia dei certificati e dei rapporti medici

**L'incapacità al lavoro è stata notificata all'AI federale per il rilevamento tempestivo?**  sì  no

Notifica del: \_\_\_\_\_

Notifica a cura di: \_\_\_\_\_

Nome dell'ufficio AI: \_\_\_\_\_

**L'incapacità al lavoro è stata notificata ad altri istituti d'assicurazione?**  sì  no

	Notifica del:	Le prestazioni sono riconosciute:		
<input type="checkbox"/> all'AI federale	_____	al _____ %	dal _____	_____
<input type="checkbox"/> all'AM federale	_____	al _____ %	dal _____	_____
<input type="checkbox"/> all'assicurazione infortuni (LAINF)	_____	al _____ %	dal _____	_____
<input type="checkbox"/> a un assicuratore sociale estero	_____	al _____ %	dal _____	_____
<input type="checkbox"/> all'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera per malattia	_____	al _____ %	dal _____	_____

Nome dell'assicurazione: \_\_\_\_\_ N. contratto: \_\_\_\_\_



Si prega di allegare una copia delle decisioni e dei calcoli delle indennità giornaliere pertinenti dall'inizio dell'incapacità lavorativa

**Il rapporto di lavoro è stato sciolto?**

sì  no

Se sì: data di uscita (= interruzione del rapporto di lavoro) \_\_\_\_\_

Il datore di lavoro dichiara che all'atto dello scioglimento del rapporto di lavoro sono state osservate le disposizioni relative al contratto di lavoro e le disposizioni obbligatorie in materia di diritto del lavoro (p.es. art. 336c CO).

**Procura**

La persona assicurata autorizza a rilasciare informazioni a tutte le persone che possono fornire indicazioni rilevanti per il disbrigo del caso di prestazione, in particolare privati coinvolti, società, uffici amministrativi, medici, avvocati, assicuratori privati, assicuratori di responsabilità civile, organi delle assicurazioni sociali e autorità d'assistenza sociale interessati.

\_\_\_\_\_  
Luogo

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma della persona assicurata

\_\_\_\_\_  
Luogo

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma del datore di lavoro