

Notifica di incapacità lavorativa Foglio 1/2

da compilare a cura del datore di lavoro

Contratto n. _____

Informazioni sul datore di lavoro

Ditta

Via, NPA, località

Persona da contattare

Telefono

Dati della persona assicurata

Cognome / Nome

Numero AVS

Data di nascita

Sesso femmina maschio

Lingua di corrispondenza de fr it

Via, NPA, località

Telefono

Informazioni sull'incapacità lavorativa (IL)

Ingresso in azienda

Inizio IL (data esatta)

Invalidità già da precedente rapporto di previdenza?

sì no Se sì, grado AI? _____ %

Inizio diritto

Sono state percepite prestazioni da una cassa pensioni per IL e/o AI?

sì no Se sì, quali? (Allegare copie dossier)

Grado di occupazione (GO) prima di IL _____ %

Per tempo parziale, indicare motivo

motivi di salute

motivi aziendali

altro: _____

GO dopo verificarsi di incapacità lavorativa parziale _____ %

Salario lordo annuo a inizio IL CHF _____

Notifica assicuratore terzo:

Notifica fatta presso

Assicurazione collett. malattia

il _____

allegare copie conteggi indennità giorn.

Assicurazione infortuni (LAINF)

il _____

allegare copie conteggi indennità giorn.

Assicurazione fed. invalidità

il _____

Assicurazione fed. militare

il _____

Contatto assicurazione collettiva malattie / infortuni: allegare copia notifica

Nome assicurazione

Polizza n.

Via, NPA, località

Motivo dell'incapacità lavorativa (tipo di malattia / tipo di lesione riportata nell'infortunio)?



Notifica di incapacità lavorativa Foglio 2/2

da compilare a cura del datore di lavoro

Dati della persona assicurata

Cognome / Nome

Contratto n.

Informazioni sul rapporto di lavoro

Se il rapporto di lavoro è stato risolto, da chi?

Per quale motivo?

Ultimo giorno di lavoro effettivo prima dell'incapacità lavorativa

il

La persona assicurata è ancora impiegata presso di voi?

sì

no

Formazione / mestiere imparato della persona assicurata

Breve descrizione dell'attività svolta prima del verificarsi dell'incapacità lavorativa

Tipo di occupazione dopo il verificarsi del danno alla salute

dal

Informazioni sul Case management

Esistono possibilità di ricollocamento nella vostra azienda?

sì

no

Se sì: Sono già state esaminate internamente?

sì

no

Siete interessati al riguardo a un'assistenza da parte di specialisti?

sì

no

È già coinvolto un case manager di un'altra assicurazione?

sì

no

Se sì: quale assicurazione e nome del case manager

Osservazioni

Per favore allegare ulteriore documentazione:

copie di eventuali conteggi di indennità giornaliera, notifiche ad assicurazioni malattie / infortuni, dossier AI

Il modulo deve essere spedito immediatamente con posta «**Riservata**» a:

Loyalis Fondazione collettiva LPP

Servizio prestazioni

Casella postale 527

7004 Coira

Luogo, data:

Timbro e firma del datore di lavoro: