

Notifica di incapacità lavorativa Foglio 1/3

da compilare a cura della persona assicurata

Contratto n.

Informazioni sul datore di lavoro

Ditta

Via, NPA, località

Dati della persona assicurata

Cognome / Nome

Numero AVS

Data di nascita

Sesso

femmina maschio

Stato civile

nubile/celibe coniugata/o
 divorziata/o vedova/o

unione domestica reg.

concubinato (partner comunicato a Loyalis quando era in vita)

Via

NPA, località

Telefono

Informazioni su eventuale rappresentante da contattare

Cognome / Nome

Telefono

Via

NPA, località

Informazioni sui figli

(minori di 18 anni ovvero minori di 25 anni e ancora nella formazione)

Cognome / Nome

Data di nascita

Evento

Infermità congenita Malattia Infortunio

Richiesto Case management

(accertamento rapido, evitare il sinistro oggetto di prestazione). Allegare alla presente notifica una descrizione delle circostanze di fatto.

Medico curante

Nome

Via

NPA, località



Notifica di incapacità lavorativa Foglio 2/3

da compilare a cura della persona assicurata

Dati della
persona
assicurata

Cognome / Nome

Contratto n.

Integrazione alla notifica di incapacità lavorativa

1. Di cosa soffre (diagnosi della malattia ovvero tipo di lesione riportata nell'infortunio)?

2. Quando a questo proposito ha consultato un medico per la prima volta?

3. Quali cure sono state effettuate e quando (terapie, operazioni ecc.)?

4. Quali trattamenti sono ancora in programma? Quale medico li effettuerà? Quando?

5. Come valuta l'ulteriore processo di guarigione?

6. Quando pensa di poter riprendere il lavoro (in parte)?

7. In base alla diagnosi, in futuro è possibile una incapacità lavorativa superiore a 6 mesi? sì no

8. In base alla diagnosi, è possibile che rimanga una invalidità (parziale), ossia riduzione permanente della capacità di guadagno? sì no

9. Se sì, il sinistro è stato denunciato in relazione a misure di riqualificazione professionale della AI?

10. Sono state adottate altre misure per il reinserimento? Per esempio tramite Case management dell'assicuratore malattie o infortuni? In caso affermativo, quali? In caso negativo, perché no? sì no

Osservazioni
sulle domande
precedenti:

Per favore allegare ulteriore documentazione:

procura firmata per la Cassa pensioni (come da allegato), eventuali conteggi di indennità giornaliera, certificati medici, decisioni AI o LAINF ecc., nonché una copia del libretto di famiglia!

Rispondere alle domande in modo **completo e veritiero**, secondo scienza e coscienza. La notifica di un sinistro oggetto di prestazione deve essere fatta entro i termini stabiliti e in modo completo. Notifiche fatte in ritardo, non vere o incomplete possono portare alla riduzione o al rifiuto della prestazione! Rimandiamo alle disposizioni del regolamento generale.

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

Loyalis Fondazione collettiva LPP
Servizio prestazioni
Casella postale 527
7004 Coira

Luogo, data:

Firma della persona assicurata:

Notifica di incapacità lavorativa Foglio 3/3

da compilare a cura dell'assicurato/a

**Dati della
persona
assicurata**

Cognome / Nome

Contratto n.

Procura Procura per la Cassa pensioni

**a) Altri
assicuratori**

In considerazione della definizione della richiesta e della verifica del diritto alla prestazione della persona assicurata, il/la sottoscritto/a autorizza espressamente Loyalis Fondazione collettiva LPP, ovvero il suo riassicuratore, visti tutti gli enti assicuratori di diritto pubblico e privato quando ci sono casse malati, assicuratori malattie, assicuratori di indennità giornaliera per malattia, assicuratore infortuni, uffici AI, istituti di previdenza eccetera coinvolti in questo sinistro oggetto di prestazione, ad acquisire le informazioni necessarie e in particolare a prendere visione degli atti rilevanti (es. perizie e rapporti medici di altre istituzioni come dell'orientamento professionale).

**b) Medici e
altri fornitori di
servizi sanitari**

Allo stesso modo Loyalis Fondazione collettiva LPP, ovvero il suo riassicuratore, con la firma seguente è autorizzata ad acquisire presso medici ed altri fornitori di servizi sanitari come ospedali, case di cura eccetera tutte le informazioni ritenute necessarie. I medici e le istituzioni menzionate sono dunque sciolti senza riserve dall'obbligo del segreto professionale nei confronti di Loyalis Fondazione collettiva LPP e del suo riassicuratore.

**c) Inoltro degli
atti propri**

Il/la sottoscritto/a autorizza Loyalis Fondazione collettiva LPP, ovvero il suo riassicuratore, a trasmettere all'ufficio AI competente la documentazione sul decorso dell'incapacità lavorativa, in particolare i documenti medici, al fine di aumentare in tal modo le possibilità di reinserimento nella vita professionale. Questo procedimento tuttavia non sostituisce la notifica presso la AI, che deve essere fatta dalla stessa persona assicurata.

Cognome, nome della persona assicurata:

AVS n.

Data di nascita:

Con la propria firma il/la sottoscritto/a conferisce piena procura come sopra indicato (punti a-c).

Luogo e data:

Firma della persona assicurata
o del legale rappresentante: