Notifica di incapacità lavorativa

Datore di lavoro

Azienda: Contratto n.:

Via e n.: NPA e località:

Persona di contatto: Telefono:

Persona assicurata

Nome: Cognome:

Via e n.: NPA e località:

Data di nascita: N. AVS:

Sesso: ☐ f ☐ m Lingua corrispondenza: ☐ de ☐ fr ☐ it

Incapacità lavorativa

Entrata in azienda: Inizio incapacità lavorativa (data esatta):

Sussisteva un'invalidità dal rapporto di previdenza precedente? ☐ sì ☐ no

Se sì, indicare il grado di invalidità: % Inizio del diritto alla rendita (data esatta):

Si è fruito di prestazioni di una cassa pensioni a seguito di incapacità lavorativa e/o invalidità? ☐ sì ☐ no

Se sì, di quali (allegare copia del dossier):

Grado di occupazione prima dell'incapacità lavorativa: %

Salario lordo annuo prima dell'incapacità lavorativa (in CHF):

In caso di lavoro a tempo parziale, indicare il motivo: ☐ salute ☐ lavorativo ☐ altro:

Grado di occupazione dall'inizio dell'incapacità lavorativa parziale: %

Notifica al terzo assicuratore avvenuta presso:

Assicurazione malattie collettiva in data Allegare copie conteggi indennità giornaliere

Assicurazione contro gli infortuni in data Allegare copie conteggi indennità giornaliere

Assicurazione federale per l'invalidità in data

Assicurazione federale militare in data

Contatto assicurazione malattie collettiva/assicurazione contro gli infortuni: allegare copia della notifica

Nome assicurazione: Polizza n.:

Via e n.: NPA e località:

Motivo dell'incapacità lavorativa (tipo di malattia / lesione in caso di infortunio)?

ÖKK323i/09.22

Siamo al suo fianco. Sempre.
ÖKK Previdenza professionale, Comercialstrasse 23, 7000 Coira
Telefono 081 552 02 92, info@oekkbvg.ch

L'assicurazione grigionese autentica.

ÖKK

Persona assicurata

Nome: Cognome:

Contratto n.:

Rapporto di lavoro

In caso di scioglimento del rapporto di lavoro:

Da chi è stato sciolto?

A partire da quando?

Per quali motivi?

Ultimo giorno di lavoro effettivo prima dell'incapacità lavorativa:

La persona assicurata continuerà a lavorare nella sua azienda? ☐ sì ☐ no

Formazione / professione appresa dalla persona assicurata:

Breve descrizione dell'attività esercitata prima dell'incapacità lavorativa:

Tipo di occupazione dopo l'inizio dei problemi di salute?

A partire da

Case management

Nella sua azienda vi è la possibilità di ricollocare la persona? ☐ sì ☐ no

Se sì: le possibilità di ricollocamento sono già state valutate internamente? ☐ sì ☐ no

A questo proposito può servirle l'assistenza di uno specialista? ☐ sì ☐ no

È già stato coinvolto un case manager di un'altra assicurazione? ☐ sì ☐ no

Se sì, indicare nome dell'assicurazione e del case manager interpellato:

Osservazioni:

Allegare documentazione aggiuntiva: copie di eventuali conteggi di indennità giornaliere, notifica all'assicurazione malattie e/o contro gli infortuni, dossier AI

Luogo e data: Timbro e firma del datore di lavoro:

Il presente modulo va immediatamente inviato all'indirizzo sottostante e deve recare la nota «Confidenziale»

ÖKK323i/09.22

Siamo al suo fianco. Sempre.
ÖKK Previdenza professionale, Comercialstrasse 23, 7000 Coira
Telefono 081 552 02 92, info@oekkbvg.ch

L'assicurazione grigionese autentica.

ÖKK