

Denuncia di incapacità di lavoro o guadagno (cassa pensione/fondazione di previdenza)		Riferimento	Nome azienda
			N. contratto affiliazione G N. polizza
Assicurato	Nome	N. AVS	
	Cognome	Nazionalità	
	Indirizzo	Permesso di soggiorno (A, B, C, ecc.)	
	NPA/Domicilio	Sesso f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>	
	Paese	N. tel/cellulare	
	Data di nascita	Formazione professionale	
	Stato civile	Professione esercitata	
Rapporto di lavoro	Inizio del rapporto di lavoro	Rapporto di lavoro nel quadro della 6° revisione AI	
	Il rapporto di lavoro è stato disdetto? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se sì, per quale data?	Disdetta da parte del: datore di lavoro <input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/>	
	Motivo della disdetta	indipendente Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> dipendente Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	Orario di lavoro dell'assicurato giorni alla settimana ore settimanali	Orario di lavoro aziendale (ore settimanali)	
Incapacità lavorativa	Data di interruzione dell'attività	L'assicurato ha ripreso il lavoro? Se sì, da quando? Dal al %	
	Durata prevista dell'incapacità lavorativa Mesi giorni	Gravidanza: data presunta del parto il	
	Tipo di malattia	In caso di infortunio , parte interessata Data del sinistro:	
Grado di incapacità lavorativa	% dal	% dal	
	% dal	% dal	
	% dal	% dal	
	% dal	% dal	
Retribuzione	Salario annuo AVS (prima dell'interruzione lavorativa)	CHF	
Altre prestazioni assicurative	L'assicurato ha già diritto a indennità giornaliera o rendite dell'assicurazione invalidità, di un'assicurazione indennità giornaliera, di un'assicurazione indennità giornaliera di malattia, di un'assicurazione infortuni obbligatoria LAINF, dell'assicurazione militare o disoccupazione, di un'assicurazione privata? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Allegare copia delle pertinenti decisioni o dei conteggi.		
	Assicurazione indennità giornaliera di malattia Indirizzo di riferimento		
	Assicurazione infortuni LAINF obbligatoria Indirizzo di riferimento		
	Assicurazione invalidità Ufficio AI competente		
	Assicurazione militare/disoccupazione Indirizzo di riferimento		
	Assicurazione privata Indirizzo di riferimento		
Luogo e data		Timbro e firma del datore di lavoro	

Inoltre all'assicurato il presente modulo (pagina 1 e 2) per la compilazione.

L'eventuale risoluzione del rapporto di lavoro non proscioglie il datore di lavoro dall'obbligo di informazione. Secondo il regolamento il datore di lavoro è tenuto a segnalare immediatamente per iscritto un'incapacità al lavoro (anche parziale) se entro 90 giorni (dal 1° giorno d'incapacità di lavoro) l'assicurato è stato inabile al lavoro almeno al 40% per più di 30 giorni.

Procura / Dati sull'assicurato	Riferimento	Nome azienda
		No. contratto affiliazione G No. polizza
Procura / Dichiarazione di consenso	Procura / Dichiarazione di consenso	
	di _____, N° AVS _____	
Procura / Dichiarazione di consenso	<p><i>Scopo</i></p> <p>1. L'istituto o gli istituti di previdenza (di seguito "IP") e Allianz Suisse Società di Assicurazioni sulla Vita SA (di seguito "ASL"), in qualità di soggetto che con detti istituti collabora, sono autorizzati, in seguito alla presente denuncia, a raccogliere, trattare e inoltrare i dati dell'assicurato, compresi eventuali dati personali particolarmente sensibili e profili personali, allo scopo di ottemperare agli adempimenti previsti dalla legge, dal regolamento e dal contratto di assicurazione collettiva. Rientrano in tali adempimenti in particolare le seguenti attività: valutare le richieste di prestazioni, calcolare ed erogare le prestazioni coordinandole con le prestazioni di altre assicurazioni sociali e private, esercitare un eventuale diritto di rivalsa nei confronti di terzi civilmente responsabili, promuovere il reinserimento dell'assicurato nella vita professionale, individuare i casi di frode assicurativa, evitare l'erogazione di prestazioni ingiustificate e gestire il pagamento delle prestazioni con coassicuratori e riassicuratori. Tali adempimenti possono essere affidati a soggetti terzi selezionati, autorizzati a trattare i dati secondo gli stessi criteri validi per gli IP e ASL e soggetti allo stesso obbligo legale e contrattuale di riservatezza osservato da IP e ASL.</p> <p><i>Raccolta dei dati</i></p> <p>2. L'assicurato autorizza gli IP e ASL a richiedere tutte le informazioni e la documentazione che ritengono necessarie per le finalità di cui al punto 1 e a prendere visione dei documenti pertinenti (comprese perizie e referti medici) presso gli assicuratori sociali o privati come casse disoccupazione, casse malattia, assicuratori privati di indennità giornaliera per malattia, assicurazioni contro gli infortuni, uffici AI, istituti di previdenza, medici e altri operatori sanitari, nonché ospedali, cliniche, ecc.</p> <p><i>Divulgazione dei dati e accesso ai documenti</i></p> <p>3. Gli IP e ASL sono autorizzati, caso per caso e su richiesta scritta, a concedere l'accesso ai documenti e alle informazioni riguardanti l'assicurato (compresi eventuali dati personali particolarmente sensibili e profili personali) agli assicuratori sociali o privati di cui al punto 2 nonché a enti di assistenza sociale, tribunali civili, tribunali penali e autorità istruttorie penali, uffici d'esecuzione, autorità fiscali, organi di altre assicurazioni sociali, autorità competenti per la riscossione dell'imposta alla fonte nonché a tutti coloro a cui, per legge e per le finalità di cui al punto 1, spetta il diritto di consultazione dei documenti nel quadro dell'assicurazione obbligatoria LPP.</p> <p><i>Trasmissione dei dati a terzi e concessione dell'accesso ai propri documenti</i></p> <p>4. L'assicurato autorizza inoltre gli IP e ASL a trasmettere all'ufficio AI competente tutta la documentazione relativa all'incapacità lavorativa e al decorso di quest'ultima, in particolare anche documentazione medica, al fine di aumentare le opportunità di reinserimento professionale dell'assicurato. Eventuali terzi oltre agli enti pubblici (per es. ufficio AI) che effettuino un cosiddetto Case e/o Care Management hanno diritto a ricevere o prendere in visione tutta la documentazione necessaria. Se necessario, i dati vengono trasmessi per il seguito di competenza anche a coassicuratori e riassicuratori.</p> <p><i>Esonero dall'obbligo di riservatezza</i></p> <p>5. L'assicurato, nell'ambito di quanto previsto ai precedenti punti 1 e 2, esonera senza riserve medici e altri operatori sanitari, nonché ospedali, cliniche, ecc. da qualsiasi obbligo di riservatezza nei confronti degli IP e di ASL.</p>	
	Luogo e data	Firma dell'assicurato o del rappresentante legale
Situazione assicurativa dopo l'inizio dell'incapacità lavorativa	Ha un nuovo datore di lavoro? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se sì, indicare nome e indirizzo.
	Ha recuperato integralmente la capacità lavorativa? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nel frattempo ha ripreso il lavoro? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se sì, quando? Dal _____ al _____ %
Medici consultati per i disturbi in questione	Nome, cognome e indirizzo	Nome, cognome e indirizzo
	Nome, cognome e indirizzo	Nome, cognome e indirizzo
Terzo pilastro	È titolare di una polizza sulla vita (pilastro 3a o 3b) con Allianz Suisse dalla quale siano esigibili prestazioni per l'incapacità lavorativa in questione? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se sì, specificare n. di polizza e di sinistro	

Si prega di spedire il modulo compilato a: Allianz Suisse Vita, clientela aziendale servizio prestazioni, Casella postale, 8010 Zurigo oppure a: servizioprestazioni@allianz-suisse.ch.