pkrück

NOTIFICA DI INCAPACITÀ LAVORATIVA (modulo datore di lavoro)

Fogli 1 / 2: Da compilare dal datore di lavoro

DATORE DI LAVORO

Impresa _____ Casella postale _____

Persona da contattare _____ Via, n° _____

Telefono _____ NPA, località _____

E-Mail _____

PERSONA ASSICURATA

Cognome, nome _____ N° AVS _____

E-Mail _____ Via, n° _____

Telefono _____ NPA, località _____

Data di nascita _____ (gg/mm/aaaa) Sesso ☐ femminile ☐ maschile

Lingua di corrispondenza ☐ it ☐ de ☐ fr

Conoscenza lingua nazionale ☐ buona ☐ media ☐ limitata

Stato civile ☐ coniugato/a ☐ unione domestica registrata ☐ celibe, nubile ☐ divorziato/a ☐ vedovo/a

Coniugato/a / unione registrata al _____ (gg/mm/aaaa)

In concubinato ☐ Sì ☐ No

INFORMAZIONI SUL RAPPORTO DI LAVORO

Data dell'inizio del rapporto di lavoro _____ (gg/mm/aaaa)

Inizio IL (data esatta!) _____ (gg/mm/aaaa)

Allegare copia certificato medico (se esistente)

Grado di occupazione (GO) prima dell'IL _____ %

Comunicazione/richiesta assicuratore terzo:

Richiesta di prestazione depositata presso — Nome assicurazione / Luogo

☐ l'ass. indennità malattia* Data: _____ _____

☐ l'ass. infortuni (LAINF)* Data: _____ _____

☐ l'ass. invalidità (AI) Data: _____

☐ l'ass. Militare Data: _____

***Allegare copia notifica o conteggi indennità giornaliera**

INFORMAZIONI SUL RAPPORTO DI LAVORO

Si, il rapporto di lavoro è stato sciolto:

Da parte di chi? _____

Per quando? dal _____ (gg/mm/aaaa)

Per quale motivo? _____

pkrück

NOTIFICA DI INCAPACITÀ LAVORATIVA (modulo datore di lavoro)

Fogli 2 / 2: Da compilare dal datore di lavoro

INFORMAZIONI SUL CASE MANAGEMENT

L'azienda dispone di servizi qualificati per il Case Management? ☐ Sì ☐ No

Se sì, quale assicurazione e nome del case manager? _____

_____

Esiste la possibilità di un'occupazione alternativa nella sua azienda? ☐ Sì ☐ No

Se sì: La possibilità è già stata esaminata? ☐ Sì ☐ No

È interessato ad un sostegno professionale da parte della PKRück? ☐ Sì ☐ No

TRASMISSIONE DELLA DOCUMENTAZIONE

La documentazione è da inviare a:

Istituto di previdenza: Notifica d'incapacità lavorativa incl. le copie richieste Data di inoltro: _____ (gg/mm/aaaa)

Persona assicurata: Formulario «Procura e Consenso» Data di inoltro: _____ (gg/mm/aaaa)

NOTA

_____

_____

_____

Località, data: _____ Timbro, Firma: _____

pkrück

MELDUNG ARBEITSUNFÄHIGKEIT (Formular Vorsorgeeinrichtung)

Seite 3: Auszufüllen durch Vorsorgeeinrichtung

VORSORGEEINRICHTUNG (VE)

Name VE _____ Tel.-Nummer _____

Kontaktperson _____ E-Mail _____

ANGABEN VORSORGEVERHÄLTNIS

Name, Vorname versicherte Person _____

Anschlussdatum Betrieb an VE _____ (tt/mm/jjjj) Anschlussnummer _____

Eintrittsdatum der versicherten Person in die VE _____ (tt/mm/jjjj) Ev. Austrittsdatum VE _____ (tt/mm/jjjj)
Kopie Meldung beilegen

Wurde eine Gesundheitsprüfung beim Eintritt durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja:
Kopie Gesundheitsfragebogen beilegen

Bestand ein Vorbehalt bei Eintritt? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja:
Kopie Vorbehalt beilegen

Bestand eine Invalidität aus früherem Vorsorgeverhältnis? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, IV-Grad? ____ %
Beginn Anspruch _____ (tt/mm/jjjj)

Wurden Leistungen wegen AUF und / oder IV von Ihrer VE bezogen? ☐ Ja ☐ Nein

ANMERKUNGEN

_____

_____

_____

Achtung: Im Leistungsfall dürfen keine Auszahlungen (WEF-Vorbezug, Verpfändung, Scheidung, FZL usw.) vorgenommen werden. Bitte setzen Sie in Ihrem System einen entsprechenden Auszahlungsstopp!

Ort, Datum: _____ Stempel, Unterschrift: _____

Bitte zusätzlich folgende Unterlagen beilegen: **Vorsorgeausweis, Vorsorgeplan**

Formular und Unterlagen senden an: **PKRück AG, Leistungen, Zollikerstrasse 4, Postfach, 8032 Zürich**

pkrück

PROCURA E CONSENSO

Il suo istituto di previdenza ha riassicurato i rischi di invalidità e di decesso presso PKRück AG (www.pkrueck.com) ed è possibile che ci ha anche conferito l'incarico di chiarire e gestire i casi di prestazione. In base a una comunicazione del suo datore di lavoro, lei è (parzialmente) inabile al lavoro. Per poter chiarire e calcolare eventuali richieste di prestazioni da parte sua o del suo istituto di previdenza, abbiamo bisogno della presente procura e del suo consenso.

PERSONA ASSICURATA

Istituto di previdenza _____

Impresa _____ Località _____

Cognome, Nome _____ N° AVS _____

E-Mail _____ Via, n° _____

Telefono _____ NPA, localit. _____

Data di nascita _____ (gg/mm/aaaa) Sesso ☐ femminile ☐ maschile

Attività professionale _____

Medico curante _____ Indirizzo _____

In caso di occupazione parziale: L'occupazione parziale è dovuta a motivi di salute? ☐ Sì ☐ No

INFORMAZIONI

1.1 Trasmissione dei dati a PKRück e riassicuratori per la riassicurazione/richiesta di dati sanitari a scopo di trattamento del caso di prestazione
a) L'istituto di previdenza ha **riassicurato** i rischi di invalidità e decesso presso PKRück AG. Per la valutazione del rischio, la gestione dell'assicurazione e un eventuale controllo dei casi di incapacità lavorativa e di prestazione segnalati, PKRück necessita del diritto di verificare i dati personali e di richiedere a terzi ulteriori informazioni relative alla salute. PKRück può coinvolgere altri riassicuratori per l'adempimento di questi compiti; a tale scopo è consentito divulgare a tali soggetti i dati personali necessari, compresi i dati sanitari. I riassicuratori utilizzeranno questi dati esclusivamente per gli scopi indicati.
b) Se l'istituto di previdenza ha trasferito anche i **casi di prestazione** a PKRück **per il trattamento**, saranno necessari tutti i diritti per verificare i rispettivi dati personali e sanitari e ottenere da terzi ulteriori dati relativi alla salute al fine di valutare se, a partire da quando e in quale misura sussiste un diritto alle prestazioni derivante dalla previdenza professionale.
1.2 Verifica e offerta di misure di reintegrazione (classificazione/accertamento)
L'istituto di previdenza ha incaricato PKRück di offrire misure di reintegrazione a singole persone assicurate in seguito a una verifica basata su criteri comprovati. Così facendo si potrà sostenere in particolar modo il reinserimento nel mondo del lavoro e la prevenzione dell'invalidità. Se dopo la verifica viene presa in considerazione un'offerta, PKRück incarica un ufficio esterno specializzato di contattare la persona assicurata (ad es. per un primo colloquio).

PROCURA E CONSENSO

2.1 Consenso/Procura per accertamenti, riassicurazione e trattamento del caso di prestazione
a) Apponendo la mia firma conferisco all'istituto di previdenza l'espresso consenso a trasmettere i miei dati personali a PKRück, compresi i dati sanitari, allo scopo di valutare il rischio, gestire l'assicurazione, eseguire eventuali controlli e, se del caso, trasmetterli ad altri riassicuratori che di volta in volta li rielaboreranno per gli scopi summenzionati. Prendo espressamente atto e accetto che i miei dati, compresi quelli sanitari, vengano a loro volta inoltrati da tali riassicuratori a ulteriori riassicuratori per gli stessi scopi.
b) Ai fini del trattamento del caso di prestazione, **con la presente autorizzo** l'istituto di previdenza, e più precisamente PKRück, a prendere informazioni in forma verbale/scritta e richiedere pratiche presso assicurazioni sociali e private, autorità (in particolare servizi sociali, URC, casse di compensazione), datore di lavoro ecc. Allo stesso modo autorizzo medici/che curanti, psicologi/ghe, fisioterapisti/e, psicoterapeuti/e, ma anche ulteriore personale medico specializzato a fornire all'istituto di previdenza, ovvero a PKRück, le informazioni/i documenti riguardanti il mio stato di salute/i miei trattamenti che si rendano necessari per gli scopi menzionati, esonerandoli in tal senso dal rispettivo obbligo di riservatezza. Acconsento altresì che i collaboratori dell'istituto di previdenza, o di PKRück, possano inoltrare a tali sedi dati personali e sanitari necessari allo scopo.

2.2 Consenso per triage ed esecuzione esterna di misure di reintegrazione
Apponendo la mia firma acconsento espressamente che l'istituto di previdenza inoltri a PKRück i miei dati personali, compresi quelli sanitari, allo scopo di consentire il triage/la verifica delle misure di reintegrazione. Se si prende in considerazione un'offerta, i miei dati di contatto potranno essere trasmessi a un ufficio esterno specializzato per concordare un primo colloquio ed eventualmente eseguire misure di reintegrazione. Non sussiste alcun diritto legale a misure di reintegrazione.

Le procure e i consensi conferiti possono essere revocati in qualsiasi momento, tramite comunicazione scritta, all'istituto di previdenza e a PKRück. ATTENZIONE: un rifiuto o una revoca può complicare o rendere impossibile l'accertamento, la gestione dell'assicurazione e quindi il versamento di prestazioni della previdenza professionale, o l'assegnazione di misure di reintegrazione. Restiamo a sua disposizione per eventuali domande al seguente numero telefonico: +41 44 360 50 70

Località, data: _____ Firma: _____

Inoltrare a: PKRück AG, Leistungen, Zollikerstrasse 4, Postfach, 8032 Zürich