

## 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  coniugato/a / unione registrata  
 celibe, nubile  divorziato/a  vedovo/a 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/richesta 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? \_\_\_\_\_

## **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: \_\_\_\_\_

## MELDUNG ARBEITSUNFÄHIGKEIT (Formular Vorsorgeeinrichtung)

Seite 3: Auszufüllen durch Vorsorgeeinrichtung

### VORSORGE EINRICHTUNG (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**

## PROCURA E CONSENSO

Il suo istituto di previdenza ha riassicurato i rischi di invalidità e di decesso presso PKRück AG ([www.pkrueck.com](http://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	_____	Località	_____
Impresa	_____	N° AVS	_____
Cognome, Nome	_____	Via, n°	_____
E-Mail	_____	NPA, localit.	_____
Telefono	_____	Sesso	<input type="checkbox"/> femminile <input type="checkbox"/> maschile
Data di nascita	_____ (gg/mm/aaaa)	Succinta descrizione dell'attività svolta prima del verificarsi dell'IL	_____
Medico curante	_____	Indirizzo	_____

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

### INFORMAZIONI

**Trasmissione dei dati a PKRück ed eventualmente ad altri riassicuratori e procura per l'acquisizione dei dati sanitari ai fini del calcolo del rischio, dell'elaborazione dell'assicurazione e dell'eventuale controllo dei casi di incapacità lavorativa e dei casi di prestazione notificati, nonché, se concordato, per l'elaborazione dei casi di prestazione.** L'istituto di previdenza ha riassicurato i rischi di invalidità e decesso presso PKRück AG. Per il calcolo del rischio, l'elaborazione dell'assicurazione e per l'eventuale controllo dei casi di incapacità lavorativa e dei casi di prestazione notificati a PKRück dall'istituto di previdenza, PKRück si avvale di tutti i diritti di verificare i suoi dati sanitari e di ottenere da terzi ulteriori informazioni sullo stato di salute. In alcuni casi PKRück ricorre ad altri riassicuratori. PKRück trasmetterà i suoi dati sanitari a questi riassicuratori affinché anch'essi possano elaborare il caso di prestazione ed eventualmente verificarlo, se necessario. I suoi dati personali saranno utilizzati dai riassicuratori solo per gli scopi sopra indicati. È possibile che l'istituto di previdenza abbia anche trasferito i casi di prestazione a PKRück per l'elaborazione. L'istituto di previdenza, rispettivamente PKRück, tratteranno i dati relativi al suo stato di salute per valutare se, da quando e in che misura lei abbia diritto a una prestazione della previdenza professionale. A tal fine, l'istituto di previdenza, rispettivamente PKRück, si avvale di tutti i diritti di verificare i dati sul suo stato di salute e di ottenere ulteriori informazioni sullo stato di salute da parte di terzi.

### PROCURA E CONSENSO

**Con la firma di questo documento acconsento espressamente al fatto che l'istituto di previdenza** trasmetta i miei dati relativi alla salute a PKRück, ed eventualmente a ulteriori riassicuratori, ai fini del calcolo del rischio e della gestione delle assicurazioni e del controllo occasionale dei casi di prestazione notificati e che siano utilizzati in quella sede per le finalità menzionate nel presente documento. Prendo espressamente atto e accetto che i miei dati, compresi i dati relativi alla salute, possano essere trasmessi nuovamente da questi riassicuratori per le stesse finalità a ulteriori loro riassicuratori. Con la presente autorizzo l'istituto di previdenza, rispettivamente PKRück, ai fini del trattamento dei casi di prestazione, a richiedere informazioni orali e scritte, nonché atti per la consultazione, alle assicurazioni competenti (tutte le assicurazioni sociali e private) e alle autorità (in particolare servizi sociali, URC, casse di compensazione) e datore di lavoro, ecc. Autorizzo i medici, gli psicologi, i fisioterapisti e gli psicoterapeuti, nonché l'ulteriore personale sanitario, a fornire all'istituto di previdenza, rispettivamente a PKRück, tutte le informazioni e i documenti in merito al mio stato di salute e a eventuali trattamenti, ai fini del trattamento del caso di prestazione. Svincolo dette persone e i collaboratori dei summenzionati istituti dal loro obbligo di segretezza nei confronti dell'istituto di previdenza, rispettivamente di PKRück. Inoltre, accetto che l'istituto di previdenza, rispettivamente PKRück, trasmetta i miei dati relativi alla salute a questi enti, per le finalità menzionate, e svincolo espressamente i collaboratori di queste istituzioni dal loro obbligo di segretezza.

**La procura e il consenso rilasciati possono essere revocati in qualsiasi momento mediante comunicazione scritta all'istituto di previdenza e a PKRück. La persona firmataria è consapevole che il rifiuto della procura e del consenso necessari o la revoca di una procura o di un consenso rilasciati potrebbe rendere impossibile l'accertamento, la gestione dell'assicurazione e, quindi, la concessione di prestazioni della previdenza professionale. In caso di domande, siamo volentieri a sua disposizione al numero di telefono +41 44 360 50 70.**

Località, data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

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