

## Dichiarazione d'incapacità lavorativa dell'assicurato

Incarto n°

1. <b>Cognome e nome</b> _____		Date di nascita: _____	N° AVS (13 cifre) : _____
Via : _____		Cittadinanza: _____	Soggetto all'imposta alla fonte? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
CAP, Domicilio: _____		Tipo di Permesso : _____	
		N° de tel.: _____	Email: _____
2. <b>Dati professionali</b> Attività professionale abituale: _____ <input type="checkbox"/> Salariato (1) <input type="checkbox"/> Indipendente (2) <input type="checkbox"/> Disoccupato (3) <input type="checkbox"/> Senza attività lucrativa <b>In funzione della o delle categorie sopra selezionata(e), allegare una copia:</b> <b>(1) dell'ultimo foglio paga di ogni datore di lavoro</b> <b>(2) dell'ultimo bilancio d'esercizio, decisione di fissazione contributi AVS o dichiarazione fiscale</b> <b>(3) dell'ultimo conteggio di disoccupazione.</b>			
3. <b>Periodo dell'incapacità</b> Incapacità lavorativa    dal _____ al _____ al _____ % dal _____ al _____ al _____ % dal _____ al _____ al _____ % Ripresa totale del lavoro il: _____ o durata prevedibile dell'incapacità in giorni : _____			
4. <b>Causa dell'incapacità</b> <input type="checkbox"/> malattia <input type="checkbox"/> infortunio <input type="checkbox"/> malattia professionale <input type="checkbox"/> maternità, termine previsto: _____ Tipo di malattia / lesione: _____ Si tratta di una ricaduta di un precedente periodo d'incapacità? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, quella del: _____			
5. <b>Limitazioni</b> Descrizione dettagliata delle attività professionali che non è più in grado di svolgere attualmente: _____ _____			
6. <b>Monitoraggio medico</b> Nome e indirizzo del suo medico curante _____ Data della 1a consultazione: _____    Data della prossima consultazione: _____ Se è stato(a) ospedalizzato(a): dove? _____    quando? _____ Se operato(a) : dove? _____    quando? _____ Altri medici consultati: _____			
7. <b>Altre prestazioni assicurative</b> Si è già annunciato(a) all'AI? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, presso l'Ufficio AI del canton : _____ In caso negativo, prevede di farlo prossimamente? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì Qualora avesse diritto o avesse fatto valere un diritto a delle indennità giornaliere o a una rendita, metta una crocetta accanto all'assicuratore in questione e <b>allegni una copia dell'ultimo conteggio d'indennità giornaliera e/o dell'ultima decisione di rendita:</b> <input type="checkbox"/> AI / AVS <input type="checkbox"/> SUVA altro assicuratore LAINF <input type="checkbox"/> assicurazione personale/privata <input type="checkbox"/> Assicurazione militare <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> Assicurazione disoccupazione <input type="checkbox"/> altro Una delle assicurazioni summenzionate le ha notificato una limitazione, un rifiuto o un esaurimento in merito alle prestazioni? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì (si prega di allegare alla presente dichiarazione una copia di tale decisione)			
<b>Con la sua firma, la persona assicurata, rispettivamente il suo rappresentante legale, dichiara di aver risposto in maniera completa e veritiera alle domande poste più sopra e di collaborare all'istruzione dell'incarto nei confronti dell'assicuratore. In caso contrario, le prestazioni sono rifiutate.</b>			
<b>Procura:</b> La persona assicurata autorizza l'assicuratore a trattare i dati necessari per determinare il suo diritto alle prestazioni nell'ambito del trattamento del suddetto sinistro. Svincola i fornitori di cure, gli assicuratori sociali o privati dal segreto professionale e medico e li autorizza a trasmettere tutte le informazioni necessarie in relazione all'evento di cui sopra. Autorizza l'assicuratore a trasmettere i documenti necessari all'ufficio AI competente, alla cassa pensione o agli assicuratori sociali e privati interessati e a comunicare i dati rilevanti al suo datore di lavoro, senza i dati medici e nel rispetto della protezione dei dati, al fine di aumentare le sue possibilità di reinserimento nella vita professionale, in particolare nell'ambito del rilevamento precoce secondo la Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (LAI). Autorizza l'assicuratore a ottenere il rimborso di eventuali sovraindennizzi o anticipi direttamente da un altro assicuratore privato o sociale secondo la LAI, la legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), la Legge federale sull'assicurazione militare (LAM) e la Legge sulla previdenza professionale, i superstiti e l'invalidità (LPP).			

Luogo e data :

Firma :