



## 2. Indicazioni sulla professione

**a) Datore di lavoro al momento dell'infortunio o della malattia:**

Nome:

Indirizzo:

**b) Formazione professionale:**

**c) Attività professionale prima dell'insorgere dell'inabilità lavorativa:**

Descrizione del posto di lavoro:

Grado d'occupazione:

**d) Attività attuale:**

Descrizione del posto di lavoro:

Grado d'occupazione:

Data dell'ultimo giorno di lavoro (se senza attività):

**e) Se siete disoccupato/a, è stato inoltrato un'annuncio presso l'Ufficio Regionale di Collocamento (URC)?**

Per favore indicarci l'indirizzo esatto:

**f) Se siete indipendente:**

Nome della ditta:

Forma legale della ditta (SA, Srl, etc.):

## 3. Durata e grado dell'incapacità di guadagno risp. dell'inabilità lavorativa

**a) Durante quale periodo ed in quale grado è stato inabile al guadagno risp. al lavoro?**

Durata dal:

al:

Grado (%):

Durata dal:

al:

Grado (%):

**b) È attualmente ancora incapace di guadagnare o di lavorare?**

si

no

## 4. Altre assicurazioni in caso d'incapacità di guadagno risp. d'inabilità lavorativa

**a) È assicurato/a, per il caso dell'incapacità di guadagno risp. dell'inabilità lavorativa?**

Presso altre compagnie di assicurazione

In caso affermativo, presso quale?

Presso la SUVA/assicurazione infortuni

In caso affermativo, indirizzo:

No. d'infortunio/polizza:

Presso l'assicurazione militare

In caso affermativo, indirizzo:

No. sinistro:

Presso un'assicurazione malattia per l'indennità giornaliera in caso di malattia

In caso affermativo, nome:

Indirizzo:

No. di polizza:

**b) Presso quale cassa-malati eravate assicurata/o per le spese di cura, negli ultimi 10 anni?**

Nome:

Indirizzo:

No. di polizza:



No. di polizza:

Persona assicurata:

Data di nascita:

Indirizzo:

## Procura

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni sulla Vita SA (di seguito denominata «**Helvetia**») a elaborare i dati necessari per la determinazione del diritto alle prestazioni e il disbrigo del caso di prestazione notificato.

Con la presente procura l'Helvetia è altresì espressamente autorizzata a richiedere informazioni e dati utili presso tutti gli assicuratori di diritto pubblico e privato coinvolti in questo caso di prestazione (compagnie di assicurazione ed enti assicurativi come l'Assicurazione federale per l'invalidità, l'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni, l'Assicurazione militare federale, le società di assicurazione malattia e infortunio, gli assicuratori delle indennità giornaliere, i coassicuratori o i riassicuratori, le istituzioni di previdenza ecc.), presso i medici curanti, gli altri prestatori di cure medico-sanitarie, gli ospedali, le case di cura, i datori di lavoro, gli uffici e le autorità, come ad esempio l'ufficio controllo abitanti e le autorità inquirenti, gli uffici di esecuzione, le autorità fiscali ecc. (di seguito denominati «**terzi**»), nonché a visionare e ricevere tutti gli atti rilevanti (di natura medico-sanitaria, professionale, finanziaria e giuridica, come ad esempio i referti medici e i rapporti dell'orientamento professionale).

Il/la sottoscritto/a autorizza i suddetti terzi a comunicare, su richiesta, all'Helvetia o al suo servizio medico i dati necessari per il chiarimento e il disbrigo del caso di prestazione, nonché a farle avere tutti gli atti rilevanti. A questo scopo esonera espressamente i suddetti terzi dall'obbligo di riservatezza e dal segreto professionale sanciti dalla legge e dal contratto. I terzi autorizzati a fornire informazioni possono consegnare all'Helvetia tutti gli atti e i dati rilevanti per il disbrigo del caso di prestazione notificato, anche senza l'inoltro di una nuova richiesta.

Il/la sottoscritto/a autorizza infine l'Helvetia a elaborare le informazioni e i dati disponibili in relazione al disbrigo del caso di prestazione notificato e a comunicarli o trasmetterli ai terzi sopraindicati e ai medici coinvolti nell'accertamento nell'ambito della verifica delle prestazioni. Il/la sottoscritto/a autorizza inoltre l'Helvetia a trasmettere, qualora necessario, le informazioni e i dati disponibili a coassicuratori e riassicuratori in Svizzera e all'estero.

L'Helvetia si occupa altresì della gestione di diverse istituzioni di previdenza (previdenza professionale) ed è incaricata dell'amministrazione e del disbrigo di casi di prestazione di fondazioni autonome/semiautonome conformemente al rispettivo regolamento. Sulla base della notifica del diritto a prestazioni/del caso di prestazione derivante dall'assicurazione sulla vita (terzo pilastro), il/la sottoscritto/a autorizza l'Helvetia a verificare se il/la sottoscritto/a è assicurato/a presso le istituzioni di previdenza citate e, all'occorrenza, a coordinare i casi di prestazione e a utilizzare di comune accordo le informazioni disponibili.

In caso di mancato conferimento della presente procura, l'Helvetia non è in grado di procedere ai necessari chiarimenti. Ciò può comportare una verifica insufficiente del grado d'incapacità al guadagno, con conseguente rifiuto di erogazione della prestazione d'assicurazione. Il/la sottoscritto/a rilascia l'autorizzazione indipendentemente da un obbligo di prestazione in essere da parte dell'Helvetia rispettivamente della sua istituzione di previdenza.

Luogo e data

Firma della persona assicurata

(se necessario, del rappresentante legale)