

Incapacità lavorativa o di guadagno (parte dipendente)

Datore di lavoro

Ditta

Contratto n.

Dipendente

N. polizza

Appellativo

- Signora
 Signor

Nome

Cognome

Via

N.

NPA

Località

Paese

Data di nascita

Stato civile

E-mail

Telefono

Incapacità lavorativa o di guadagno

Che tipo d'incapacità lavorativa o di guadagno intende notificare?

- Nuova notifica
 Ricaduta

È già stata inviata una notifica all'assicurazione federale per l'invalidità in modo da poter beneficiare delle prestazioni?

- Sì
 No

Qual è stata la causa scatenante dell'incapacità lavorativa o di guadagno?

- In seguito a malattia

In seguito a infortunio (malattie professionali incluse)

In caso di malattia

Di cosa soffre?

Da quando avverte disturbi?

È già stato precedentemente in cura per la stessa malattia?

- Sì
 No

Quando?

Medico curante?

In caso di infortunio

Quando si è verificato l'infortunio?

Dove è avvenuto l'infortunio?

Descrivere le circostanze dell'infortunio (incl. persone, oggetti o veicoli coinvolti)

Che genere di lesioni ha riportato in seguito all'infortunio?

Ci sono terzi responsabili dal punto di vista civile?

- Sì
 No

Esiste un rapporto della polizia?

- Sì
 No

Attenzione: allegare la documentazione (decisioni, disposizioni, conferme) dell'assicurazione infortuni. Alla fine del presente modulo potrà allegare i documenti richiesti sotto forma di file.

Trattamento medico

Quando ha consultato il medico per la prima volta?

Dati del medico

Nome

Cognome

Via

N.

NPA

Luogo

Al momento mi affido a questo medico che esegue i trattamenti o i controlli del caso

Ha già consultato o chiamato altri medici?

- Sì
 No

Dati di altri medici

Quando?

Nome

Cognome

Via

N.

NPA

Luogo

Al momento mi affido a questo medico che esegue i trattamenti o i controlli del caso

Quando?

Nome

Cognome

Via

N.

NPA

Luogo

Al momento mi affido a questo medico che esegue i trattamenti o i controlli del caso

Figli a carico

Ha figli a carico aventi diritto a prestazioni?

- Sì
 No

Nome	Cognome	Data di nascita
Nome	Cognome	Data di nascita
Nome	Cognome	Data di nascita
Nome	Cognome	Data di nascita
Nome	Cognome	Data di nascita

Attenzione: allegare una copia del libretto di famiglia. Per i figli che svolgono un tirocinio o che proseguono i loro percorsi formativi, se hanno superato l'età termine indicata nel regolamento risp. nel contratto d'assicurazione, necessitiamo di una dichiarazione del loro datore di lavoro risp. dell'istituto scolastico. Alla fine del presente modulo potrà allegare i documenti richiesti sotto forma di file.

Procura

Conformemente al regolamento del suo istituto di previdenza o della sua fondazione autonoma/semiautonomia, l'Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni sulla Vita SA (di seguito denominata «Helvetia») garantisce la gestione dell'istituto di previdenza o è incaricata della gestione e del caso (di prestazione) della fondazione autonoma/semiautonomia nonché dell'espletamento delle relative procedure.

Sottoscrivendo la presente procura lei autorizza pertanto l'Helvetia, nella sua funzione di amministratrice dell'istituto di previdenza o in qualità di istanza incaricata dalla fondazione autonoma/semiautonomia della gestione del caso (di prestazione) e dell'espletamento delle relative procedure, a elaborare i dati necessari per l'accertamento del suo diritto alle prestazioni e l'espletamento del caso di prestazione notificato.

Lei autorizza inoltre l'Helvetia a verificare, sulla base dei dati ottenuti, i suoi eventuali diritti alle prestazioni nei confronti dell'Helvetia in virtù della Legge federale sul contratto d'assicurazione, e a coordinare, se necessario, i casi di prestazione dell'istituto di previdenza e dell'Helvetia.

Con la presente procura l'Helvetia è altresì espressamente autorizzata a richiedere informazioni e dati utili presso tutti gli enti assicuratori di diritto pubblico e privato coinvolti in questo caso (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, gli istituti 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).

Lei autorizza i suddetti terzi a comunicare, su richiesta, all'Helvetia o al suo servizio medico i dati necessari per il chiarimento e l'espletamento del caso, nonché a farle avere tutti gli atti rilevanti. A questo scopo esonera espressamente i suddetti terzi dall'obbligo di riservatezza e dal segreto professionale previsti dalla legge e dal contratto.

I terzi autorizzati a fornire informazioni possono consegnare all'Helvetia tutti gli atti e i dati rilevanti per l'espletamento del caso notificato, anche in assenza di una nuova richiesta.

Lei autorizza infine l'Helvetia a trasmettere ai terzi coinvolti, sia in Svizzera che all'estero, tutti i dati rilevanti per l'espletamento del caso notificato.

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 di incapacità di guadagno, con conseguente rifiuto di erogare la prestazione assicurativa. L'autorizzazione viene rilasciata indipendentemente dall'esistenza di un eventuale obbligo di erogare la prestazione da parte del suo istituto di previdenza.

Nome

Cognome

Data di nascita

Contratto n

N. polizza

Ulteriori annotazioni

Apponendo la sua firma la persona assicurata conferma che i dati forniti sono completi e veritieri e inoltre conferisce la procura sopraindicata a pieno diritto.

Luogo e data

Firma della persona assicurata oppure del rappresentante legale

Protezione dei dati

Tutti i dati personali sono trattati in conformità con la legislazione applicabile in materia:

Per la previdenza professionale obbligatoria si applicano le disposizioni sulla protezione dei dati statuite dalla LPP (art. 85a e seguenti). Le disposizioni della LPD sono applicabili a titolo complementare. Per la previdenza professionale puramente sovraobbligatoria si applica la LPD (informazioni in merito, come ad es. l'identità e i dati di contatto delle persone responsabili, gli scopi del trattamento, ecc. sono disponibili su www.helvetia.ch/protezionedeidati).