

semplice. chiaro. helvetia.  
La Sua Assicurazione svizzera

Indirizzo postale  
Helvetia Assicurazioni  
Casella postale 99  
8010 Zurigo

## Incapacità lavorativa o di guadagno (parte datore di lavoro)

### Datore di lavoro

Ditta

Contratto n.

### Dipendente

Polizza n.

Appellativo

- ☐ Signora  
☐ Signor

Nome

Cognome

Via

N.

NPA

Località

Paese

Data di nascita

Stato civile

E-mail

Telefono

### Rapporto di lavoro

A quanto corrispondevano il salario annuo e il grado d'occupazione all'inizio o prima dell'insorgenza dell'incapacità lavorativa o di guadagno?

Salario annuo

Grado d'occupazione in %

Professione/Funzione

Il contratto di lavoro con il dipendente è risolto?

- ☐ Sì  
☐ No

Data risoluzione rapporto di lavoro

È prevista la risoluzione del contratto di lavoro?

- ☐ Sì  
☐ No

Data risoluzione programmata rapporto di lavoro

## Incapacità lavorativa o di guadagno

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

- ☐ Nuova notifica  
☐ Ricaduta

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

- ☐ In seguito a malattia  
☐ In seguito a infortunio

Durata e grado dell'incapacità lavorativa o di guadagno della persona assicurata

|    |   |                                                         |
|----|---|---------------------------------------------------------|
| da | a | Grado dell'incapacità lavorativa risp. di guadagno in % |
| da | a | Grado dell'incapacità lavorativa risp. di guadagno in % |
| da | a | Grado dell'incapacità lavorativa risp. di guadagno in % |
| da | a | Grado dell'incapacità lavorativa risp. di guadagno in % |
| da | a | Grado dell'incapacità lavorativa risp. di guadagno in % |

Altri istituti d'assicurazione interessati a questo caso:

## In caso di malattia

Assicurazione d'indennità giornaliera

Riferimento o n. sinistro

Persona di contatto

Nome

Cognome

E-mail

Telefono

## In caso di infortunio

Assicuratore infortuni

Infortunio n.

Persona di contatto

Nome

Cognome

E-mail

Telefono

La comunicazione per il rilevamento tempestivo all'assicurazione invalidità federale è stata effettuata?

- ☐ Sì  
☐ No

La comunicazione per il rilevamento tempestivo è prevista?

- ☐ Sì  
☐ No

L'assicurazione militare è coinvolta?

- ☐ Sì  
☐ No

## Persona di contatto

Per ulteriori informazioni la preghiamo di indicare le sue coordinate o le coordinate del suo interlocutore di competenza per quanto concerne il datore di lavoro.

Nome

Cognome

E-mail

Telefono

## Maggiori informazioni

### Conteggi dell'indennità giornaliera della/e assicurazione/i per perdita di guadagno che fornisce/forniscono le prestazioni

Inviare le copie del conteggio dell'indennità giornaliera dall'inizio dell'incapacità lavorativa a oggi.

**Nota:** se il contratto di previdenza del personale è sottoscritto presso una fondazione propria con prestazioni riassicurate, abbiamo bisogno dei seguenti documenti:

- certificato di previdenza all'inizio dell'incapacità lavorativa,
- procura compilata e firmata dalla persona assicurata.

## Maggiori informazioni sul dipendente

**Nota:** per registrare definitivamente l'incapacità lavorativa o di guadagno o da lei notificata, abbiamo bisogno di ulteriori informazioni da parte del relativo collaboratore.

In che modo il dipendente deve ricevere il modulo corrispondente?

- ☐ L'azienda fa pervenire al collaboratore il modulo necessario.
- ☐ Il collaboratore deve ricevere il modulo per e-mail.
- ☐ La Fondazione provvede ad informare per posta i collaboratori in merito alle formalità richieste per l'annuncio.

Indirizzo e-mail privato del collaboratore

---

Si prega di consegnare il seguente modulo al proprio dipendente per raccogliere maggiori informazioni sull'incapacità lavorativa o di guadagno. Questo modulo deve essere compilato dal proprio dipendente e rispedito a noi debitamente firmato.

[Modulo Incapacità lavorativa risp. di guadagno – Parte dipendente](#)

[Modulo Incapacità lavorativa risp. di guadagno – Parte dipendente](#)

## Annotazioni

Ulteriori annotazioni

---

## Conferma datore di lavoro

- ☐ Con la presente l'azienda dichiara che le informazioni fornite sono veritiere.

## 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](http://www.helvetia.ch/protezionedeidati)).