

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 resp. di guadagno in %
_____	_____	_____
da	a	Grado dell'incapacità lavorativa resp. di guadagno in %
_____	_____	_____
da	a	Grado dell'incapacità lavorativa resp. di guadagno in %
_____	_____	_____
da	a	Grado dell'incapacità lavorativa resp. di guadagno in %
_____	_____	_____
da	a	Grado dell'incapacità lavorativa resp. 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.

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?

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

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](#)

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).