

NOTIFICA DI INCAPACITÀ LAVORATIVA (modulo datore di lavoro)

Fogli 1 / 2: Da compilare dal datore di lavoro

DATORE DI LAVORO

Impresa _____ Casella postale _____
Persona da contattare _____ Via, n° _____
Telefono _____ NPA, località _____
E-Mail _____

PERSONA ASSICURATA

Cognome, nome _____ N° AVS _____
E-Mail _____ Via, n° _____
Telefono _____ NPA, località _____
Data di nascita _____ (gg/mm/aaaa) Sesso femminile maschile

Lingua di corrispondenza it de fr

Conoscenza lingua nazionale buona media limitata

Stato civile coniugato/a unione domestica registrata coniugato/a / unione registrata
 celibe, nubile divorziato/a vedovo/a al _____ (gg/mm/aaaa)

In concubinato Sì No

INFORMAZIONI SUL RAPPORTO DI LAVORO

Data dell'inizio del rapporto di lavoro _____ (gg/mm/aaaa) Inizio IL (data esatta!) _____ (gg/mm/aaaa)
Grado di occupazione (GO) prima dell'IL _____ % **Allegare copia certificato medico (se esistente)**

Comunicazione/richesta assicuratore terzo:

Richiesta di prestazione depositata presso _____ Nome assicurazione / Luogo _____
 l'ass. indennità malattia* Data: _____
 l'ass. infortuni (LAINF)* Data: _____
 l'ass. invalidità (AI) Data: _____
 l'ass. Militare Data: _____

*Allegare copia notifica o conteggi indennità giornaliera

INFORMAZIONI SUL RAPPORTO DI LAVORO

Si, il rapporto di lavoro è stato sciolto:

Da parte di chi? _____
Per quando? dal _____ (gg/mm/aaaa)
Per quale motivo? _____

MELDUNG ARBEITSUNFÄHIGKEIT (Formular Vorsorgeeinrichtung)

Seite 3: Auszufüllen durch Vorsorgeeinrichtung

VORSORGE EINRICHTUNG (VE)

Name VE _____ Tel.-Nummer _____
Kontaktperson _____ E-Mail _____

ANGABEN VORSORGEVERHÄLTNIS

Name, Vorname versicherte Person _____

Anschlussdatum Betrieb an VE _____ (tt/mm/jjjj) Anschlussnummer _____

Eintrittsdatum der versicherten Person in die VE _____ (tt/mm/jjjj) Ev. Austrittsdatum VE _____ (tt/mm/jjjj)
Kopie Meldung beilegen

Wurde eine Gesundheitsprüfung beim Eintritt durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja:
Kopie Gesundheitsfragebogen beilegen

Bestand ein Vorbehalt bei Eintritt? Ja Nein

Wenn ja:
Kopie Vorbehalt beilegen

Bestand eine Invalidität aus früherem Vorsorgeverhältnis? Ja Nein

Wenn ja, IV-Grad? _____ %
Beginn Anspruch _____ (tt/mm/jjjj)

Wurden Leistungen wegen AUF und / oder IV von Ihrer VE bezogen? Ja Nein

ANMERKUNGEN

Achtung: Im Leistungsfall dürfen keine Auszahlungen (WEF-Vorbezug, Verpfändung, Scheidung, FZL usw.) vorgenommen werden. Bitte setzen Sie in Ihrem System einen entsprechenden Auszahlungsstopp!

Ort, Datum: _____ Stempel, Unterschrift: _____

Bitte zusätzlich folgende Unterlagen beilegen:

Vorsorgeausweis, Vorsorgeplan

Formular und Unterlagen senden an:

PKRück AG, Leistungen, Zollikerstrasse 4, Postfach, 8032 Zürich

NOTIFICA DI INCAPACITÀ LAVORATIVA

Fogli 1 / 2: Informazione per la persona assicurata

Stiato cliente

Siamo la compagnia di riassicurazione del suo istituto di previdenza, il quale ci ha affidato il compito di esaminare i casi di prestazione. Il suo datore di lavoro ci ha comunicato che si trova in incapacità lavorativa.

Per poter esaminare il diritto all'esonero dai contributi così come eventuali prestazioni future, ci necessitano i seguenti documenti:

Notifica di incapacità lavorativa (modulo persona assicurata)

voglia per cortesia firmarla e ritornarcela al nostro indirizzo:

PKRück AG, Leistungen, Zollikerstrasse 4, Postfach, 8032 Zürich

PROCURA E CONSENSO

Di seguito vi forniamo le informazioni sulla procura e il consenso che potete fornirci spuntando la casella a pagina 2.

Trasmissione dei dati e procura per la raccolta di dati relativi alla salute ai fini della gestione delle assicurazioni e di eventuali controlli dei casi di incapacità lavorativa e di prestazione notificati nonché, qualora concordato, per il trattamento dei casi di prestazione. L'istituto previdenziale ha riassicurato i rischi invalidità e decesso con PKRück AG (www.pkrueck.com). Per la gestione delle assicurazioni e l'eventuale controllo dei casi di inabilità lavorativa e di prestazione notificati dall'istituto previdenziale a PKRück, quest'ultima necessita di tutti i diritti per verificare i Suoi dati relativi alla salute, così come per richiedere a terzi ulteriori informazioni relative alla salute. L'istituto previdenziale ha eventualmente trasmesso anche i casi di prestazione a PKRück per il trattamento. L'istituto previdenziale, rispettivamente PKRück, tratta i Suoi dati relativi alla salute per valutare se, a partire da quando e in quale misura Le spetta una prestazione della previdenza professionale. L'istituto previdenziale, rispettivamente PKRück, necessita a tal fine di tutti i diritti per verificare i Suoi dati relativi alla salute, così come per richiedere a terzi ulteriori informazioni relative alla salute.

Trasferimento dei dati ai riassicuratori di PKRück per la gestione dell'assicurazione e l'eventuale controllo dei casi di prestazione notificati. In alcuni casi, PKRück si avvale di ulteriori riassicurazioni. Affinché anche tali riassicurazioni possano gestire ed eventualmente controllare il caso di prestazione, PKRück presenterà loro i Suoi dati relativi alla salute. I Suoi dati personali saranno utilizzati dalle riassicurazioni solo per le succitate finalità.

Per qualsiasi domanda non esiti a telefonarci al numero di **telefono 044 360 50 70**.

Ringraziando per la gentile collaborazione, porgiamo i nostri distinti saluti.

PKRück

Lebensversicherungsgesellschaft

für die betriebliche Vorsorge AG

NOTIFICA DI INCAPACITÀ LAVORATIVA (modulo persona assicurata)

Fogli 2 / 2

Istituto di previdenza _____

PERSONA ASSICURATA

Impresa _____ Località _____
 Cognome, nome _____ N° AVS _____
 E-Mail _____ Via, n° _____
 Telefono _____ NPA, località _____
 Data di nascita _____ (gg/mm/aaaa) Sesso femminile maschile
 Lingua di corrispondenza it de fr
 Stato civile coniugato/a unione domestica registrata Coniugato/a / unione registrata
 celibe, nubile divorziato/a vedovo/a al _____ (gg/mm/aaaa)

In concubinato Sì* No *Partner annunciato all'IP quando in vita Sì No

Formazione professionale della persona assicurata _____

Succinta descrizione dell'attività svolta prima del verificarsi dell'IL _____

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI

Medico curante _____ Indirizzo _____

L'azienda dispone di servizi qualificati per il

Case Management? Sì No

Se sì, quale assicurazione e nome del case manager? _____

In caso di occupazione parziale: L'occupazione parziale è dovuta a motivi di salute? Sì No

Accesso e consultazione degli atti; procura per la raccolta di dati relativi alla salute e consenso alla trasmissione di dati

Con la presente autorizzo l'istituto previdenziale, rispettivamente PKRück, ai fini del trattamento dei casi di prestazione, a richiedere informazioni orali e scritte, nonché atti per la consultazione, alle assicurazioni competenti (tutte le assicurazioni sociali e private) e alle autorità (in particolare servizi sociali, URC, casse di compensazione) e datore di lavoro, ecc. Autorizzo i medici, gli psicologi, i fisioterapisti e gli psicoterapeuti, nonché l'ulteriore personale sanitario, a fornire all'istituto previdenziale, rispettivamente a PKRück, tutte le informazioni e i documenti in merito al mio stato di salute e a eventuali trattamenti, ai fini del trattamento del caso di prestazione. Svincolo dette persone e i collaboratori dei summenzionati istituti dal loro obbligo di segretezza nei confronti dell'istituto previdenziale rispettivamente di PKRück. Inoltre, accetto che l'istituto previdenziale, rispettivamente PKRück, trasmetta i miei dati relativi alla salute a questi enti, per le finalità menzionate, e svincolo espressamente i collaboratori di queste istituzioni dal loro obbligo di segretezza.

Acconsento al fatto che i miei dati relativi alla salute siano trasmessi a PKRück, ed eventualmente a ulteriori riassicurazioni, ai fini della gestione delle assicurazioni e del controllo dei casi di prestazioni notificati e che siano utilizzati in quella sede per le finalità menzionate nel presente documento. Il presente consenso comprende espressamente anche il diritto di PKRück di trasmettere a sua volta ad altri riassicuratori, per le medesime finalità, i miei dati relativi alla salute. Prendo espressamente atto e accetto che i miei dati, compresi i dati relativi alla salute, possono essere trasmessi nuovamente da questi riassicuratori per le stesse finalità a ulteriori loro riassicuratori.

I consensi rilasciati possono essere revocati in qualsiasi momento mediante comunicazione scritta all'istituto previdenziale e a PKRück. Il sottoscritto è consapevole che il rifiuto del necessario consenso o la revoca di un consenso rilasciato potrebbe rendere impossibile l'accertamento, la gestione dell'assicurazione e, quindi, la concessione di prestazioni della previdenza professionale.

Località, data: _____ Firma: _____

Inoltare a: **PKRück AG, Leistungen, Zollikerstrasse 4, Postfach, 8032 Zürich**