

## Notifica d'incapacità lavorativa

Notifica d'incapacità lavorativa da inviare dopo 30 giorni dall'inizio dell'incapacità lavorativa

### Datore di lavoro

Azienda

Indirizzo

NPA, località

Indirizzo e-mail

Affiliazione no.

Persona di contatto

Telefono

### Persona assicurata

Cognome

Nome

Indirizzo

NPA, località

Telefono

Indirizzo e-mail

No. AVS

Data di nascita

Lingua madre

Sesso            maschile            femminile

### Indicazioni inerenti l'incapacità lavorativa (IL)

Inizio dell'IL (data esatta)

allegare una copia del certificato medico

Tipo del disturbo

Data d'entrata in azienda

Grado d'occupazione prima dell'IL            %

In caso di grado d'occupazione parziale indicare il motivo:

di salute

aziendale

accordi contrattuali

Funzione prima dell'IL

Salario annuo lordo all'inizio dell'IL, CHF

Annuncio avvenuto

Assicurazione collettiva d'indennità giornaliera, in data

Assicurazione infortuni (LAINF) in data

Assicurazione federale per l'invalidità in data

Assicurazione federale militare, in data

\* *Allegare copie dell'annuncio ed eventuale conteggio delle indennità*

\*\* *Allegare copia del conteggio*

## Indicazioni inerenti l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera/assicurazione infortuni

Nome dell'assicuratore

Casella postale

Indirizzo

NPA, località

Indirizzo e-mail

No. di polizza

Persona di contatto

Telefono

## Informationi supplementare

Il rapporto di lavoro è stato disdetto?                      no              si              per quando

Nella sua azienda è possibile lo svolgimento di  
un'attività adeguata ai disturbi, almeno per un  
periodo tempo-raneo?                      si              no

Allvor è pronto ad assumersi la coordinazione  
di una reintegrazione medica e professionale  
della persona assi-curata. Lei ne è interessato/a?              si              no

## Procura

Affinché Allvor possa avviare tempestivamente gli accertamenti necessari, le trasmettiamo in allegato la procura firmata dalla persona assicurata.

## Osservazioni

Luogo

Data

Timbro dell'azienda, firma

## Procura

Da compilare dalla persona assicurata

Cognome

No. AVS

Nome

Data di nascita

Professione originaria

Attività professionale

Medico/i curante/i

Cognome, nome

Indirizzo

Cognome, nome

Indirizzo

Dichiarazione della persona assicurata concernente lo svincolo dal segreto professionale medico.

Con la presente dichiaro il mio accordo affinché Allvor Fondazione collettiva e/o la delegata B+B Previdenza SA (Risk+Health) richieda tutte le informazioni necessarie alla valutazione del mio stato di salute in seguito alla mia attuale inabilità lavorativa presso medici, assicurazioni infortuni, responsabilità civile, malattia e vita, l'assicurazione federale invalidità, l'assicurazione federale militare o presso datori di lavoro.

Esonero le persone e/o le istituzioni sopra indicate dal segreto medico e le autorizzo a trasmettere a Allvor Fondazione collettiva o alla delegata B+B Previdenza SA (Risk+Health) le informazioni richieste in relazione alla malattia o all'infortunio da cui consegue la mia attuale inabilità lavorativa. Cedo a Allvor Fondazione collettiva le mie eventuali pretese (prestazioni per superstiti o d'invalidità) nei confronti di terzi responsabili civilmente fino all'importo della prestazione dovuta da Allvor Fondazione collettiva.

Luogo

Firma della persona assicurata

Data

La persona sottoscritta conferma con la propria firma l'esattezza di quanto indicato.

Conferma Allvor

Allvor conferma che le informazioni sono richieste esclusivamente in relazione all'attuale inabilità lavorativa alla base dello stato di salute della persona assicurata ed esse sono richieste solo qualora necessarie ed in modo appropriato al fine di definire possibili misure atte ad evitare una eventuale invalidità rispettivamente a determinare un eventuale obbligo di prestazione da parte di Allvor Fondazione collettiva. In tale senso, a nome di Allvor, B+B Previdenza SA (Risk+Health) verifica misure di reinserimento nei casi in cui tali misure sono necessarie e sensate, e mette in atto il management di reinserimento in accordo con la persona assicurata.