

## Previdenza professionale

### Denuncia di incapacità di lavoro o guadagno (cassa pensioni / fondazione di previdenza)

Riferimento	Nome azienda
N. contratto affiliazione G	N. polizza

**Assicurato**

Nome	Cognome
Via, n.	NPA / località (comune di iscrizione)
Paese	Data di nascita
Stato civile	N. AVS
Nazionalità	Permesso di soggiorno / dimora
Sesso <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m	Telefono (fisso / cellulare)
Formazione professionale	Professione esercitata

**Rapporto di lavoro**

Inizio del rapporto di lavoro	Lav. indipendente <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Lav. dipendente <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il rapporto di lavoro è stato disdetto? Se sì, per quale data? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Motivo della disdetta	
Disdetta da parte del <input type="checkbox"/> datore di lavoro <input type="checkbox"/> dipendente	Orario di lavoro aziendale (ore settimanali)	
Orario di lavoro dell'assicurato giorni alla settimana <input type="text"/> ore settimanali <input type="text"/>		

**Incapacità lavorativa**

Data di interruzione dell'attività	Durata prevista dell'incapacità lavorativa mesi <input type="text"/> giorni <input type="text"/>
L'assicurato ha ripreso il lavoro? Se sì, da quando? <input type="checkbox"/> Sì, dal <input type="text"/> al <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> No	
Tipo di <b>malattia</b>	Gravidanza: data presunta del parto
In caso di <b>infortunio</b> , parte del corpo interessata	<b>Data dell'infortunio</b>

<b>Grado di incapacità lavorativa</b>	%	dal	%	dal
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	%	dal	%	dal
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	%	dal	%	dal
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	%	dal	%	dal
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	%	dal	%	dal
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Retribuzione**      **Salario annuo AVS** (prima dell'interruzione dell'attività lavorativa)  
**CHF**

**Altre prestazioni assicurative**      L'assicurato ha già richiesto o ha già diritto a percepire indennità giornaliera o rendite dell'assicurazione invalidità, di un'assicurazione indennità giornaliera di malattia, di un'assicurazione infortuni obbligatoria LAINF, dell'assicurazione militare o disoccupazione, di un'assicurazione privata?

Sì     No

**Allegare copia delle pertinenti decisioni o dei conteggi.**

Assicurazione indennità giornaliera di malattia, indirizzo di riferimento

Assicurazione infortuni LAINF obbligatoria, indirizzo di riferimento

Assicurazione invalidità, ufficio AI competente

Assicurazione militare / disoccupazione, indirizzo di riferimento

Assicurazione privata, indirizzo di riferimento

**Protezione dei dati**      Per ulteriori informazioni, anche su altri impieghi e altri destinatari dei dati forniti e sui diritti degli interessati, consultare le Informazioni sulla protezione dei dati: [allianz.ch/protezione-dei-dati](http://allianz.ch/protezione-dei-dati).



<b>Firma</b>	Luogo e data	Timbro e firma del datore di lavoro
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Inoltare all'assicurato il presente modulo (pagina 1 e 2) per la compilazione. L'eventuale risoluzione del rapporto di lavoro non libera il datore di lavoro dall'obbligo di informazione. Secondo il regolamento il datore di lavoro è tenuto a segnalare immediatamente per iscritto un'incapacità di lavoro (anche parziale) se entro 90 giorni (dal 1o giorno d'incapacità di lavoro) l'assicurato è stato inabile al lavoro almeno al 40% per più di 30 giorni.

## Procura / Dati sull'assicurato

	Numero del caso di prestazione	Nome azienda	N. AVS
<b>Procura / Dichiarazione di consenso</b>	Cognome	Nome	
<b>Medici consultati per i disturbi in questione</b>	Nome, cognome e indirizzo		
	Nome, cognome e indirizzo		
<b>Scopo</b>	<p>L'istituto o gli istituti di previdenza (di seguito «IP») e Allianz Suisse Società di Assicurazioni sulla Vita SA (di seguito «ASL»), in qualità di soggetto che con detti istituti collabora, sono autorizzati, in seguito alla presente denuncia, a raccogliere, trattare e inoltrare i dati dell'assicurato, compresi eventuali dati personali particolarmente sensibili e profili personali, allo scopo di ottemperare agli adempimenti previsti dalla legge, dal regolamento e dal contratto di assicurazione collettiva. Rientrano in tali adempimenti in particolare le seguenti attività: valutare le richieste di prestazioni, calcolare ed erogare le prestazioni coordinandole con le prestazioni di altre assicurazioni sociali e private, esercitare un eventuale diritto di rivalsa nei confronti di terzi civilmente responsabili, promuovere il reinserimento dell'assicurato nella vita professionale, individuare i casi di frode assicurativa, evitare l'erogazione di prestazioni ingiustificate e gestire il pagamento delle prestazioni con coassicuratori e riassicuratori. Tali adempimenti possono essere affidati a soggetti terzi selezionati, autorizzati a trattare i dati secondo gli stessi criteri validi per gli IP e ASL e soggetti allo stesso obbligo legale e contrattuale di riservatezza osservato da IP e ASL.</p>		
<b>Raccolta dei dati</b>	<p>L'assicurato autorizza gli IP e ASL a richiedere tutte le informazioni e la documentazione che ritengono necessarie per le finalità di cui al punto 1 e a prendere visione dei documenti pertinenti (comprese perizie e referti medici) presso gli assicuratori sociali o privati come casse disoccupazione, casse malati, assicuratori privati di indennità giornaliera per malattia, assicurazioni contro gli infortuni, uffici AI, istituti di previdenza, assicurazione militare, medici e altri operatori sanitari, nonché ospedali, cliniche, ecc.</p>		
<b>Divulgazione dei dati e accesso ai documenti</b>	<p>Gli IP e ASL sono autorizzati, caso per caso e su richiesta scritta, a concedere l'accesso ai documenti e alle informazioni riguardanti l'assicurato (compresi eventuali dati personali particolarmente sensibili e profili personali) agli assicuratori sociali o privati di cui al punto 2 nonché a enti di assistenza sociale, tribunali civili, tribunali penali e autorità istruttorie penali, uffici d'esecuzione, autorità fiscali, organi di altre assicurazioni sociali, autorità competenti per la riscossione dell'imposta alla fonte nonché a tutti coloro a cui, per legge e per le finalità di cui al punto 1, spetta il diritto di consultazione dei documenti nel quadro dell'assicurazione obbligatoria LPP.</p>		
<b>Trasmissione dei dati a terzi e concessione dell'accesso ai propri documenti</b>	<p>L'assicurato autorizza inoltre gli IP e ASL a trasmettere all'ufficio AI competente tutta la documentazione relativa all'incapacità lavorativa e al decorso di quest'ultima, in particolare anche documentazione medica, al fine di aumentare le opportunità di reinserimento professionale dell'assicurato. Eventuali terzi oltre agli enti pubblici (per es. ufficio AI) che effettuino un cosiddetto Case e/o Care Management hanno diritto a ricevere o prendere in visione tutta la documentazione necessaria. Se necessario, i dati vengono trasmessi per il seguito di competenza anche a coassicuratori e riassicuratori.</p>		
<b>Esonero dall'obbligo di riservatezza</b>	<p>L'assicurato, nell'ambito di quanto previsto ai precedenti punti 1 e 2, esonera senza riserve medici e altri operatori sanitari, nonché ospedali, cliniche, ecc. da qualsiasi obbligo di riservatezza nei confronti degli IP e di ASL. Inoltre, l'assicurato esonera senza riserve tutte le assicurazioni sociali e private dal loro obbligo di riservatezza legale e contrattuale nei confronti degli IP e di ASL.</p>		
<b>Protezione dei dati</b>	<p>Per ulteriori informazioni, anche su altri impieghi e altri destinatari dei dati forniti e sui diritti degli interessati, consultare le Informazioni sulla protezione dei dati: <a href="http://allianz.ch/protezione-dei-dati">allianz.ch/protezione-dei-dati</a>.</p>		
<b>Firma</b>	Luogo e data	Firma dell'assicurato o del rappresentante legale	