

## Dichiarazione di incapacità di lavoro

N. di affiliazione: \_\_\_\_\_ Datore di lavoro / Medico indipendente: \_\_\_\_\_

### Dati personali della persona in stato di incapacità di lavoro

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso  F  M

Indirizzo \_\_\_\_\_ Codice postale, luogo \_\_\_\_\_

N. AVS 756. \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

Stato civile  celibe/nubile  coniugato/a  unione domestica registrata  divorziato/a  vedovo/a

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### Articolo 55 del regolamento di previdenza in vigore il 01.01.2021

1. In caso di incapacità di guadagno, i contributi cessano di essere dovuti non appena sia trascorso un periodo di attesa di 3 mesi, ma al più tardi al momento in cui la rendita dell'Al diventa esigibile, a seconda del grado di invalidità. L'esenzione si estende anche agli aumenti dei contributi legati all'età.
2. Per il calcolo del periodo di attesa si sommano i periodi di incapacità di guadagno, a condizione che siano basati sulla stessa causa e che non siano separati da un intervallo di piena capacità di guadagno superiore a 12 mesi.
3. L'esenzione è concessa senza un nuovo termine di attesa se è già stata riconosciuta in precedenza per la stessa causa e se, nel frattempo, l'assicurato non ha recuperato l'intera capacità di guadagno per più di 12 mesi.

### Dati riguardanti l'incapacità di lavoro

Data di inizio dell'incapacità di lavoro \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Causa dell'incapacità di lavoro?  Malattia  Infortunio

Durata dell'incapacità di lavoro:

\_\_\_\_\_ % dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il suo medico curante 1:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Codice postale, luogo \_\_\_\_\_

Il suo medico curante 2:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Codice postale, luogo \_\_\_\_\_



### Assicurazione

Ha un'assicurazione collettiva di indennità giornaliera in caso di infortunio o malattia con La Mobilière Assurance?  Sì  No

Se sì, indicare il n. di polizza \_\_\_\_\_ e il n. di sinistro \_\_\_\_\_

Sono coinvolti altri istituti assicurativi (SUVA, LAA, AM, casse malattia, ecc.) in questo sinistro?  Sì  No

Se sì:

1. Nome dell'istituto assicurativo \_\_\_\_\_ e n. di sinistro \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

2. Nome dell'istituto assicurativo \_\_\_\_\_ e n. di sinistro \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Ha presentato domanda all'assicurazione invalidità (AI)?  Sì  No

### Documenti da allegare

- Procura (a pagina 3) debitamente firmata dall'assicurato
- Dichiarazione di malattia o infortunio da parte dell'istituto assicurativo
- Conteggi dell'assicurazione perdita di guadagno malattia o infortunio (LAA)
- Certificati medici
- Tessera sanitaria o modulo infortunio

### Firma della persona in stato di incapacità di lavoro

**La persona sottoscritta assicurata conferma che le informazioni di cui sopra sono esatte e complete.**

Luogo e data

Firma dell'assicurato

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Procura

N. di affiliazione: \_\_\_\_\_ Datore di lavoro / Medico indipendente: \_\_\_\_\_

### Dati personali dell'assicurato

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ N. AVS 756. \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Codice postale, luogo \_\_\_\_\_

### Termini della procura

Per determinare i diritti dell'assicurato ed esaminare le sue richieste di prestazioni, il/la sottoscritto/a autorizza espressamente il riassicuratore della Fondazione – La Mobilière – a richiedere i documenti necessari a tutti gli organismi assicurativi di diritto pubblico e privato coinvolti nel caso di assicurazione annunciato.

Inoltre, l'assicurato libera

- medici, ospedali e altre strutture di ricovero
- datore di lavoro
- uffici e autorità ufficiali (ad esempio l'Ufficio degli affari sociali, i servizi sociali)
- assicurazione invalidità (AI)/assicurazione vecchiaia e superstiti (AVS)
- casse pensioni
- assicurazioni sulla vita
- assicurazioni obbligatorie o private contro gli infortuni
- fondi di disoccupazione
- qualsiasi altro assicuratore privato coinvolto (ad esempio l'assicurazione indennità giornaliera in caso di malattia)

e i loro dipendenti dall'obbligo di riservatezza e li autorizza a comunicare informazioni al riassicuratore della Fondazione – La Mobilière – a consultare i loro dossier e a trasmettere copie di documenti.

**Il riassicuratore della Fondazione – La Mobilière – si impegna a trattare le informazioni e i documenti ricevuti nel rispetto della legge sulla protezione dei dati.**

Il/La sottoscritto/a autorizza inoltre il riassicuratore della Fondazione – La Mobilière – a trasmettere informazioni e/o documenti a

- assicurazione invalidità (AI)
- cassa pensioni
- assicurazione obbligatoria o privata contro gli infortuni
- a qualsiasi altro responsabile civile o al suo assicuratore RC (per motivare i ricorsi).

Firmando qui sotto, l'assicurato concede la procura di cui sopra nella sua interezza.

Luogo e data

Firma dell'assicurato

