

## 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

Via, n° : \_\_\_\_\_

Codice postale, località : \_\_\_\_\_

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'AI 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 : \_\_\_\_\_

Via, n° : \_\_\_\_\_

Codice postale, località : \_\_\_\_\_

#### Il suo medico curante 2:

Cognome : \_\_\_\_\_

Nome : \_\_\_\_\_

Via, n° : \_\_\_\_\_

Codice postale, località : \_\_\_\_\_



**ASSICURAZIONI**

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

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

Se no, nome dell'istituto assicurativo \_\_\_\_\_ n. di polizza \_\_\_\_\_  
e 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 per la 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 della persona assicurata



## Procura

N. di affiliazione : \_\_\_\_\_

Datore di lavoro / Medico indipendente : \_\_\_\_\_

### DATI PERSONALI DELL'ASSICURATO

Cognome : \_\_\_\_\_

Nome : \_\_\_\_\_

Data di nascita : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N°AVS : 756. \_\_\_\_\_

Via, n° : \_\_\_\_\_

Codice postale, località : \_\_\_\_\_

### 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
- 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 della persona assicurata

*I suoi dati personali sono trattati in conformità all'informativa sulla privacy disponibile su <https://aromed.ch/it/informativa-sulla-privacy/>. L'informativa sulla privacy descrive in particolare i suoi diritti in relazione al trattamento dei dati e le informazioni di contatto del nostro consulente della protezione dei dati.*

