

## Notifica d'incapacità lavorativa

Da compilare a cura del datore di lavoro

Pagine da 1 a 3: Da compilare a cura del datore di lavoro

### Riferimento

Datore di lavoro

Via, n.

Casella postale

NPA, località

Numero di contratto

Persona di contatto

Numero di telefono

E-mail

### Persona assicurata inabile al lavoro

Cognome, nome

Data di nascita (GG.MM.AAAA)

Sesso  femminile  maschile

Lingua corrispondenza  de  fr  it

Stato civile  coniugato/a  partner registrato/a  
 celibe/nubile  divorziato(a)  vedovo(a)

N. ass. sociale

Via, n.

NPA, località

Numero di telefono

Coniugato(a)/in unione domestica  
registrata da (GG.MM.AAAA)

Divorziato(a)/unione domestica sciolta da  
(GG.MM.AAAA)

### Dati di contatto di un eventuale rappresentante

Cognome, nome

Numero di telefono

Via, n.

NPA, località

### Coniuge/partner

Cognome, nome

Data di nascita (GG.MM.AAAA)

Sesso  f  m

### Figli

Cognome, nome

Data di nascita (GG.MM.AAAA)

Sesso  f  m

Cognome, nome

Data di nascita (GG.MM.AAAA)

Sesso  f  m

Cognome, nome

Data di nascita (GG.MM.AAAA)

Sesso  f  m

### Incapacità lavorativa/di guadagno

L'incapacità lavorativa/di guadagno è da ricondurre a  una malattia  un infortunio o a una malattia professionale

Tipo di malattia / infortunio

### Dati relativi all'incapacità lavorativa (IL)

Data di assunzione in azienda (GG.MM.AAAA)

Inizio IL (data esatta!) (GG.MM.AAAA)

Allegare copia del certificato medico (se disponibile)

Grado di occupazione (GO) prima

GO dopo l'insorgere dell'incapacità lavorativa

%

Salario annuo soggetto all'AVS al momento dell'inizio dell'IL

### Notifica assicuratore terzo

Vi è stata una notifica all'Assicurazione federale per l'invalidità? (Rilevamento precoce)

Sì, in data (GG.MM.AAAA)   No Se sì, da parte di chi?

Allegare copia della notifica (se disponibile)

La notifica è stata effettuata all'  Assicurazione coll. d'indennità giornaliera in caso di malattia\*  Assicurazione infortuni (LAINF)\*  Assicurazione federale per l'invalidità  Assicurazione federale militare

Data notifica (GG.MM.AAAA)   
Data notifica (GG.MM.AAAA)   
Data notifica (GG.MM.AAAA)   
Data notifica (GG.MM.AAAA)

\* Allegare copie delle notifiche e di eventuali conteggi delle indennità giornaliera

### Contatto assicurazione collettiva d'indennità giornaliera in caso di malattia / assicurazione infortuni

Nome dell'assicurazione  Via, n.   
Numero di polizza  Casella postale   
NPA, località

### Dati sul rapporto di lavoro

Lavoratore indipendente?  sì  no  
Dipendente?  sì  no  
Se dipendente, il rapporto di lavoro è stato sciolto?  sì  no  
da chi?   
per quale data? (JJ.MM.AAAA)   
per quali motivi?:   
Ultimo giorno di lavoro effettivo prima dell'incapacità lavorativa (JJ.MM.AAAA)   
Se dipendente, la persona assicurata continua a lavorare presso di voi?  sì  no  
Formazione / professione appresa della persona assicurata   
Breve descrizione dell'attività svolta prima dell'insorgere dell'incapacità lavorativa   
Tipo di occupazione dopo l'insorgere del danno alla salute   
dal (GG.MM.AAAA)

### Dati Case Management

È già coinvolto un Case Manager di un'altra assicurazione?  sì  no  
Se sì, indicare assicurazione e nome del Case Manager   
Nella vostra azienda vi sono possibilità di trasferimento interno?  sì  no  
Se sì: queste sono già state verificate internamente all'azienda?  sì  no  
A tal proposito siete interessati a un aiuto da parte di specialisti?  sì  no

### Trasmissione della documentazione

Al fine di completare la pratica, vogliate trasmettere la documentazione come segue:

#### Istituto di previdenza:

Questo modulo di notifica (pagine 1-3) incl. copie richieste

Data trasmissione: (GG.MM.AAAA)

Indirizzo: Pro Medico Fondazione, Löwenstrasse 25, casella postale, 8021 Zurigo

#### Persona assicurata:

Lettera «Informazioni per la persona assicurata»,  
«Procura/dichiarazione di consenso» e modulo certificato medico

Data trasmissione: (GG.MM.AAAA)

### Annotazioni


Luogo e data

Firma

Un eventuale scioglimento del rapporto di lavoro non vi esonera dall'obbligo d'informazione e di notifica. Ai sensi del regolamento di previdenza siete tenuti a comunicare immediatamente un'incapacità lavorativa (parziale) di una persona assicurata.

## Informazioni per la persona assicurata

Il suo datore di lavoro ci ha comunicato che lei è (parzialmente) inabile al lavoro. Per accertare il diritto all'esonero dal pagamento dei contributi e poter calcolare per lei eventuali prestazioni successive, sono necessari i seguenti documenti:

- modulo certificato medico; la preghiamo di trasmettere al suo medico curante il modulo allegato. Questi invierà il modulo certificato medico compilato al servizio medico del riassicuratore della Pro Medico Fondazione.
- Procura; voglia inviare la procura alla Pro Medico Fondazione, Löwenstrasse 25, casella postale, 8021 Zurigo

In caso di domande siamo a sua disposizione al numero di telefono +41 44 224 20 60 o all'indirizzo e-mail [info@promedico.ch](mailto:info@promedico.ch).

La ringraziamo per la collaborazione e le porgiamo cordiali saluti.  
Pro Medico Fondazione

---

## Procura / dichiarazione di consenso

### Mandante

Nome, cognome:

N. AVS:

Via:

NPA Località:


### Mandatari

Pro Medico Fondazione, Zurigo

AXA Vita SA, Winterthur

Swiss Life SA, Zurigo

PKRück Lebensversicherungsgesellschaft für  
die betriebliche Vorsorge AG, Vaduz

Terzi in qualità di Case e/o Care Manager

Autorizzo i mandatari, per quanto riguarda incapacità lavorativa, incapacità di guadagno e invalidità,

### Informazione e consultazione degli atti presso altre assicurazioni

a richiedere presso tutti gli enti assicurativi pubblici e privati coinvolti in questo caso di prestazione, quali in particolare casse malati, assicuratori di indennità giornaliera in caso di malattia, assicuratori infortuni, assicuratori di indennità giornaliera in caso di infortunio, uffici AI, istituti di previdenza e assicurazioni contro la disoccupazione, le informazioni necessarie e che sembrano necessarie e a consultare e richiedere la documentazione rilevante per valutare e calcolare le pretese di prestazioni della persona firmataria, nonché per coordinare queste con le prestazioni di altre assicurazioni ed esercitare il diritto di regresso nei confronti di terzi civilmente responsabili.

### Consultazione dei dati presso medici e altri fornitori di prestazioni mediche, esonero dall'obbligo di riservatezza medico

a richiedere presso tutti i medici e gli altri fornitori di prestazioni mediche coinvolti in questo caso di prestazione, quali in particolare fisioterapisti, chiropratici, psicologi, ospedali e istituti di cura o presso servizi medici di fiducia di assicurazioni private e sociali, le informazioni necessarie e che sembrano necessarie e a consultare e richiedere la documentazione rilevante. Con la presente, la persona firmataria solleva i medici, gli altri fornitori di prestazioni mediche e i servizi medici di fiducia di assicurazioni private e sociali senza alcuna riserva dal loro obbligo di riservatezza nei confronti dei mandatari e di eventuali terzi che svolgono un Case e/o Care Management.

### Trasmissione dei dati e concessione del diritto di consultazione

a comunicare tutte le informazioni necessarie e a trasmettere all'ufficio AI di competenza la documentazione relativa all'incapacità lavorativa e al suo decorso, in particolare documentazione medica, per incrementare le possibilità di reinserimento nel mondo del lavoro. Se oltre all'AI o ad altri enti ufficiali anche terze parti svolgono un Case e/o Care Management, tutte le informazioni e la documentazione necessarie, in particolare documentazione medica, possono essere fornite e trasmesse anche a detti terzi.

Luogo e data

Firma della persona assicurata

Inviare la procura debitamente compilata e firmata a: Pro Medico Fondazione, Löwenstrasse 25, casella postale, 8021 Zurigo

I mandatari sono soggetti all'obbligo di segretezza. Essi incaricano della gestione del caso e/o dei dati solo persone che hanno sottoscritto un accordo di riservatezza valido nell'ambito del loro lavoro o sono tenute a un obbligo di riservatezza ufficiale. La segretezza viene mantenuta durante e anche dopo la conclusione degli accertamenti. Le informazioni personali delle persone assicurate non possono essere trasmesse a terzi senza il loro consenso e nemmeno rese utilizzabili in alcun modo per scopi che non derivano dalla presente procura / dichiarazione di consenso.



#### 4. Anamnesi e andamento del caso

Genere e durata del trattamento	
Medicazione (comprese dosi)	<input type="checkbox"/> Nessuna      Quali <input type="text"/>
Eventuali malattie e infortuni precedenti	

#### 5. Sintomi attuali/stato attuale/prognosi


#### 6. Grado e durata dell'incapacità lavorativa in riferimento all'attività svolta fino ad ora

(indipendentemente dalla situazione economica e del mercato del lavoro con un grado di occupazione del 100%)

<input type="text"/>	%	dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>

#### 7. È ipotizzabile un'altra attività lavorativa?

sì     no

Viene già svolta un'altra attività?

sì     no

Se sì, quale?

dal

Grado di incapacità nella nuova attività

%

dal

al

#### 8. AI / AInf / AM

Vi è stata una notifica (rilevamento precoce) presso l'AI?

sì     no

L'assicurato si è annunciato?

sì     no

Se sì, presso chi?

AI     AInf     AM

Data della notifica

**9. Si può contare su una ripresa dell'attività professionale o su un aumento della possibilità di impiego?**

Se sì,

Sono indicate misure professionali?

Se sì, quali e da parte di chi?

sì  no

À partir du/de

al  %

sì  no


**10. Domande speciali, osservazioni**


Luogo, data

Timbro, firma

**Definizione di incapacità lavorativa:** è considerata incapacità lavorativa qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, che impedisce di svolgere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPG).

**Onorario medico:**

Rapporto breve CHF 60.–

Rapporto con ulteriori indicazioni CHF 80.–

Rapporto particolarmente oneroso in termini di tempo CHF 140.–

Inviare certificato medico a: Pro Medico Fondazione, Löwenstrasse 25, casella postale, 8021 Zurigo