

## Notifica di un'incapacità di guadagno

### Istituzione di previdenza

Contratto no	_____	Affiliazione no	_____
Nome	_____	Datore di lavoro	_____
Indirizzo (RC <sup>1</sup> )	_____	Indirizzo (RC <sup>1</sup> )	_____
CAP/Luogo	_____	CAP/Luogo	_____
Contatto	_____	Contatto	_____
Telefono	_____	Telefono	_____
Mail	_____	Mail	_____

### Persona assicurata

Nome	_____	Stato civile	_____
Cognome	_____	Figli	<input type="checkbox"/> Sì, numero _____ <input type="checkbox"/> No
Sesso	<input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna	Cognome/Nome/Data di nascita	_____
Data di nascita	_____	Figlio 1	_____
Indirizzo	_____	Figlio 2	_____
CAP/Luogo	_____	Figlio 3	_____
No AVS	_____	Figlio 4	_____
Telefono	_____	Mail	_____
Nazionalità	_____	Lingua	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I
Professione imparata	_____	Indipendente(e)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Impiegato/a	<input type="checkbox"/> a tempo pieno (100%)	Occupazione	_____
Impiegato/a	<input type="checkbox"/> a tempo parziale _____ %	Motivo del tempo parziale	_____
Contratto di lavoro	dal _____ al _____ lavoro	Riserva medica	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

### Incapacità di guadagno

<input type="checkbox"/> Malattia (diagnosi)	_____		
<input type="checkbox"/> Incidente (sviluppo)	_____		
Inizio dell'incapacità di lavoro	_____	Grado dell'incapacità di lavoro (%)	_____
Ricaduta il	_____	Causa	_____
Domanda precoce AI <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		

### Documenti da allegare

- Procura  Certificato di previdenza  Piano di previdenza
- Assicuratore indennità giornaliera: Notifica, conteggi
- Assicuratore incidente: Notifica, conteggi
- Figli da 19 anni: Certificato di formazione
- AI<sup>2</sup>: Notifica, comunicazioni, decisioni

<sup>1</sup> Registro di commercio (RC)

<sup>2</sup> Assicurazione federale per l'invalidità