

Richiesta di prestazioni d'invalidità

(Questo modulo deve essere compilato dal datore di lavoro)

Dati impresa

Impresa

Numero di assicurazione

.....

.....

Dati assicurato

Cognome

Nome

.....

.....

Via/no./aggiunta

CAP/Località (paese)

.....

.....

Data di nascita

Numero di assicurazione sociale

.....

.....

E-mail per chiarimenti

Numero di telefono per chiarimenti

.....

.....

Dati sull'incapacità lavorativa

Incapacità lavorativa dal

Causa

.....

Malattia

Infortunio

Assenze e grado d'incapacità in %

Grado in % Periodo

Grado in % Periodo

.....

.....

Grado in % Periodo

Grado in % Periodo

.....

.....

Avvenuta l'iscrizione presso istituti di assicurazione/ assicurazione sociale?

Assicurazione federale dell'invalidità

sì

no

Indirizzo / Autorità IA competente

.....

Assicurazione infortuni

sì

no

Indirizzo / Polizza n.

.....

Assicurazione indennità giornaliera sì no

Indirizzo / Polizza n.

.....

Informazioni sul rapporto di lavoro

Avvenuta la disdetta?

Uscita per

sì no

.....

Dati sul salario prima dell' inizio dell'incapacità lavorativa in CHF

Salario annuo determinante

Assegni annui per ogni figlio

.....

.....

Figli aventi diritto alla rendita

Il diritto sussiste per ogni figlio di età inferiore a 18 anni. Per i figli in corso di formazione la rendita viene corrisposta al massimo fino al compimento del 25° anno di età. Si prega di allegare un attestato di formazione.

Cognome del figlio

Nome

Data di nascita

Sesso

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Indirizzo per il pagamento della rendita

Banca

CAP/Località (paese)

.....

.....

IBAN (conto bancario o postale)

No. clearing

.....

.....

Titolare del conto

.....

Allegati necessari

Dichiarazione di cessione per versamento a posteriori delle rendite (p.e. anticipo del datore di lavoro, indennità giornaliera per malattia)

Conferma diritto alla rendita per figli (p.e. copia certificato di nascita, libretto di famiglia, ecc.)

Conferma di formazione per figli a partire da 18 fino a 25 anni

Autorizzazione

L'assicurato/a autorizza la CPE e il suo medico di fiducia a richiedere tutte le informazioni necessarie o ritenute necessarie presso i medici, gli istituti di assicurazione/assicurazione sociale e le assicurazioni di indennità giornaliera coinvolte in questo caso e in particolare di prendere visione degli atti rilevanti.

Osservazioni

.....

Firme

Luogo, Data

Firma assicurato/a

.....

.....

Luogo, Data

Firma/Timbro del datore di lavoro

.....

.....

Ulteriori spiegazioni sulla protezione dei dati sono disponibili sulla nostra homepage alla voce "Informativa sulla protezione dei dati"