

Notifica di un'inabilità al lavoro

1 Dati relativi al contratto e alla persona inabile al lavoro

Per poterla identificare, abbiamo bisogno dei dati seguenti:

Nome del datore di lavoro/della fondazione

Numero di contratto

Dati richiesti relativi alla persona inabile al lavoro:

Cognome, Nome

Numero AVS

Data di nascita

Attività attuale

Via, n.

NPA, luogo, paese

Numero di telefono privato

E-mail

Avete un'assicurazione diaria per malattia
o infortunio presso Zurich?

☐ No ☐ Sì

Se sì:

N. polizza

N. sinistro

Ci sono altre assicurazioni (AI, SUVA/LAINF,
AM, indennità giornaliera ecc.) coinvolte in questo
caso di sinistro?

☐ No ☐ Sì

Se sì:

Quale istituto assicurativo?

Indirizzo

N. sinistro

2 Dati sull'inabilità al lavoro

Per quale motivo il suo collaboratore è inabile al lavoro? ☐ Malattia ☐ Infortunio

Inabilità al lavoro dal

3 Osservazioni

4 Conferma del datore di lavoro/della fondazione

Luogo, data

Firma

5 Qual è il passo successivo?

Non appena avremo ricevuto la vostra notifica, ci procureremo tutti i documenti necessari e verificheremo il diritto alle prestazioni. Vi preghiamo di inviarci il formulario, debitamente compilato e firmato, nonché l'autorizzazione (procura) firmata dal vostro collaboratore/l'assicurato, per posta o via e-mail al seguente indirizzo:

Zurigo Compagnia di Assicurazioni SA
Scanning BVG
Casella postale
8085 Zurigo
leistungenkl@zurich.ch

Autorizzazione

Numero di contratto

Evento del

Cognome, Nome

Numero AVS

La persona firmataria prende atto del fatto che, in relazione al trattamento delle prestazioni e del sinistro, oltre che per altre finalità, come il sostegno alla reintegrazione, la Zurigo Compagnia di Assicurazioni sulla Vita SA (Zurich Vita) tratta dati riferiti a persone fisiche (dati personali). Maggiori informazioni su tale trattamento sono consultabili nella dichiarazione sulla protezione dei dati di Zurich.

Questa dichiarazione sulla protezione dei dati è consultabile all'indirizzo www.zurich.ch/it/protezione-dei-dati o può essere richiesta alla Zurigo Compagnia di Assicurazioni SA, Protezione dei dati, Casella postale, 8085 Zurigo, datenschutz@zurich.ch.

Zurich Vita si riserva, in questo contesto e negli altri casi previsti dalla dichiarazione sulla protezione dei dati, il diritto di inviare a soggetti terzi i dati personali, compresi eventualmente quelli sullo stato di salute, in questo contesto e negli altri casi previsti dalla dichiarazione sulla protezione dei dati.

La persona firmataria si impegna a informare i soggetti terzi i cui dati personali vengono forniti a Zurich Vita in merito al trattamento dei loro dati personali da parte di Zurich Vita.

Zurich Vita necessita di informazioni e documentazione per chiarire il suo obbligo di prestazione ed eventualmente per erogare le prestazioni assicurate.

La persona firmataria acconsente pertanto a che

- i medici e le altre persone incaricate da Zurich
- gli ospedali e altri istituti assistenziali residenziali (p.es. case di cura, case di riposo)
- il personale medico e assistenziale (specializzato) nonché il personale amministrativo
- i datori di lavoro
- gli uffici e le autorità (p.es. autorità penali, polizia, servizi sociali, servizi di assistenza)
- l'assicurazione per l'invalidità (AI) e l'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (AVS)
- la cassa/le casse pensioni
- la cassa/le casse malati
- l'assicurazione/le assicurazioni infortuni obbligatoria/obbligatorie o privata/private
- all'assicurazione militare
- la cassa/le casse di disoccupazione
- gli assicuratori privati (p.es. assicurazione indennità giornaliera per malattia, assicurazione sulla vita, assicurazione responsabilità civile)
- e il rispettivo personale

forniscano a Zurich Vita e agli incaricati o alle incaricate da Zurich Vita informazioni, consentano la presa visione dei suoi atti, compresi quelli sul precedente stato di salute e consegnino copie della documentazione. La persona firmataria esonera gli organismi menzionati dagli obblighi di segretezza relativamente a questo scopo. Zurich Vita tratta le informazioni ricevute in conformità con il diritto in materia di protezione dei dati. Ulteriori informazioni in proposito sono disponibili alla pagina www.zurich.ch/it/protezione-dei-dati.

La persona firmataria autorizza inoltre espressamente Zurich Vita a trasmettere informazioni e documentazione al fine di coordinarsi con altri assicuratori e per motivare eventuali regressi

- all'assicurazione per l'invalidità
- alla cassa pensioni
- all'assicurazione infortuni obbligatoria o privata
- all'assicurazione militare
- ad altre assicurazioni private
- a coassicuratori e riassicuratori.

Questi consensi e queste esenzioni valgono nell'ambito del loro scopo senza limiti di tempo. Possono essere revocati in qualsiasi momento mediante dichiarazione in forma scritta (p.es. via e-mail) a Zurich Vita. Una revoca vale solo per il futuro e può comportare la mancata erogazione delle prestazioni. Zurich Vita può continuare a trattare dati personali anche in caso di revoca, nella misura in cui tale trattamento sia giuridicamente ammesso o abbia come scopo un interesse preponderante.

Luogo, data

Firma della persona assicurata

Vi preghiamo di inviarci il formulario, debitamente compilato e firmato per posta o via e-mail al seguente indirizzo:

Zurigo Compagnia di Assicurazioni SA
Scanning BVG
Casella postale
8085 Zurigo