

Notifica di un'incapacità lavorativa

1 Dati relativi al contratto e alla persona inabile al lavoro

Per potervi identificare, abbiamo bisogno dei dati seguenti:

Nome del datore di lavoro/della fondazione

Numero del 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 infortuni o malattie collettiva presso Zurich?

No Sì

Se sì:

N. polizza

N. sinistro

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

No Sì

Se sì:

Quale assicurazione?

Indirizzo

N. sinistro

2 Dati sull'incapacità lavorativa

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

Incapacità lavorativa 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, per posta o via e-mail al seguente indirizzo:

Zurigo Compagnia di Assicurazioni SA
Servizio prestazioni Vita collettiva
Casella postale
8085 Zurigo
leistungenkl@zurich.ch

Zurigo Compagnia di Assicurazioni SA
Hagenholzstrasse 60, 8050 Zurigo
Telefono 0800808080, www.zurich.ch

ZH18406i-2003

2/2



Autorizzazione

Numero del contratto

Cognome, Nome

Numero AVS

Zurich necessita di informazioni e documenti per accertare il suo obbligo di prestazione ed erogare le prestazioni assicurate.

La persona sottoscritta esonera

- medici e ospedali
- datori di lavoro
- uffici amministrativi e autorità (ad es. servizi sociali, servizi destinati all'assistenza)
- altri assicuratori sociali (come p. es. assicurazione per l'invalidità AI, assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti AVS)
- casse pensioni
- assicurazioni sulla vita
- assicurazioni obbligatorie o private contro gli infortuni
- casse di disoccupazione
- altri assicuratori privati coinvolti (ad es. assicurazione diaria per malattia)

e il loro personale dal loro obbligo di riservatezza e li autorizza a fornire informazioni a Zurich, a consentirle la consultazione dei loro atti e a consegnarle copie di documenti. **Zurich si impegna a trattare le informazioni e i documenti ricevuti nel rispetto della legge sulla protezione dei dati.**

Inoltre, la persona sottoscritta autorizza Zurich a trasmettere informazioni o documenti

- all'assicurazione per l'invalidità
- alla cassa pensioni
- all'assicurazione obbligatoria o privata contro gli infortuni
- a responsabili in ambito civile o ai loro assicuratori responsabilità civile (per giustificare regressi).

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
Servizio prestazioni Vita collettiva
Casella postale
8085 Zurigo
leistungenkl@zurich.ch

Zurigo Compagnia di Assicurazioni SA
Hagenholzstrasse 60, 8050 Zurigo
Telefono 0800808080, www.zurich.ch