

Notifica d'incapacità lavorativa

Azienda n. _____
Contratto n. _____ / _____

Persona assicurata	Cognome	Nome	Numero AVS	
	Via, NPA e località		Data di nascita	Sesso
			<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> f
	Stato civile	Numero figli minori di 18 anni	Numero figli minori di 25 anni e in formazione	
Reperibilità	Indirizzo e-mail privato		N. di telefono	

Evento	La persona assicurata è incapace al guadagno in seguito a	Data dell'incapacità di guadagno	(Data della prima incapacità di guadagno per la stessa ragione)
	<input type="checkbox"/> malattia <input type="checkbox"/> infortunio		
	Pagamento del salario da parte della ditta fino al	I contributi sono stati dedotti fino al	
	Assicurazione collettiva d'indennità giornaliera per malattia (da compilare solo se si barra la casella malattia)	Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (LAINF) (da compilare solo se si barra la casella infortunio)	
	<input type="checkbox"/> Compagnia d'assicurazione <input type="checkbox"/> non sussiste	<input type="checkbox"/> Compagnia d'assicurazione <input type="checkbox"/> presso la SUVA	

- Allegati** Si prega di allegare copia dei seguenti documenti:
- Certificato/i medico/i
 - Conteggi delle indennità giornaliere dell'assicurazione malattia/dell'assicuratore infortuni
 - Decisione AI
 - Procura sottoscritta da parte della persona assicurata

Medico curante	Nome
	Via, NPA e località

Osservazioni _____

Firma	Data	Timbro e firma del datore di lavoro o della persona assicurata (liberi professionisti e lavoratori indipendenti)
--------------	------	--

Inviare a **Vorsorgestiftung Film und Audiovision**
c/o Allvisa Services AG
Postfach
8027 Zürich

Procura e cessione dei diritti

Azienda n.

Contratto n. /

Persona assicurata

Cognome

Nome

Numero AVS

Via, NPA e località

Data di nascita

Sesso

m f

Professione appresa

Attività/Funzione esercitata

N. di telefono

In vista degli accertamenti per stabilire i diritti, della verifica del diritto alle prestazioni da parte della persona assicurata o di altri aventi diritto e dell'attuazione del regresso nei confronti di terzi verso i quali la persona assicurata o i suoi superstiti in seguito a questo caso di assicurazione possono fare valere pretese di risarcimento di danni, con la sua firma la persona assicurata autorizza esplicitamente AXA Vita SA a

- procurarsi tutte le informazioni e la documentazione occorrenti per chiarire il diritto alle prestazioni e di regresso direttamente presso casse malati, assicuratori malattia, assicuratori delle indennità giornaliere in caso di malattia, assicuratori infortuni, uffici AI, istituti di previdenza, assicuratori sulla vita, assicurazioni disoccupazione, di responsabilità civile e militare, medici, psicoterapeuti, fisioterapisti, chiropratici nonché ospedali, case di cura, datori di lavoro e altre persone/istituzioni.

I medici nonché le istituzioni e persone citate sono pertanto sollevati senza riserva dal loro segreto professionale e dall'obbligo di riservatezza medico o legale nei confronti di AXA Vita SA;

- trasmettere a terzi, in particolare ad AXA Assicurazioni SA, agli assicuratori coinvolti o agli eventuali assicuratori sulla vita individuale e ai competenti uffici AI, i dati che sembrano necessari per il trattamento del danno e del regresso nonché per la reintegrazione nella vita professionale e a richiedere da questi le informazioni necessarie;
- eseguire perizie interne i cui costi sono a carico di AXA Vita SA.

A condizione che la persona assicurata o i suoi superstiti possano fare valere le loro pretese di risarcimento di danni derivanti da questo caso di assicurazione nei confronti di terzi che rispondono per il caso di assicurazione, con la presente tutti i diritti fino all'ammontare delle prestazioni regolamentari vengono ceduti all'istituto di previdenza tenuto a fornire le prestazioni.

Firma

Data

Firma della persona assicurata o del suo rappresentante legale

Inviare a **Vorsorgestiftung Film und Audiovision**
c/o Allvisa Services AG
Postfach
8027 Zürich