

# Notifica di incapacità al lavoro

(Si prega di presentare il modulo dopo la scadenza del termine di attesa secondo il regolamento)

## Assicurazione collettiva

Partner contrattuale: GEMINI Fondazione collettiva  
 Nome azienda: \_\_\_\_\_  
 Persona di riferimento: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

## Persona assicurata

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
 Via, n.: \_\_\_\_\_ NPA, domicilio: \_\_\_\_\_  
 Data di nascita, sesso: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  maschile  femminile  
 Numero AVS: 756. \_\_\_\_\_ lingua de  fr  it  en   
 Stato civile: nubile/celibe  coniugata/o  divorziata/o  vedova/o   
 unione domestica registrata  unione domestica sciolta   
 Figli minorenni o in formazione?  
 cognome: \_\_\_\_\_ nome: \_\_\_\_\_ data di nascita: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Incapacità al lavoro

Inizio dell'incapacità al lavoro: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ al \_\_\_\_ % fino al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ al \_\_\_\_ % fino al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Causa:  malattia  infortunio  maternità  
 Disturbi: \_\_\_\_\_

## Medico curante

Cognome, nome, specializzazione: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Assicuratore

La notifica avviene presso:  Assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia  
 Assicurazione contro gli infortuni  Assicurazione federale per gli invalidi  
 Assicurazione federale militare

Nome della (o delle) società: 1 \_\_\_\_\_  
 2 \_\_\_\_\_  
 3 \_\_\_\_\_

Il rapporto di lavoro viene sciolto?  sì  no Se sì, per quale data: \_\_\_\_\_

In caso di scioglimento del rapporto di lavoro si prega di inviare la notifica di uscita. Essa può essere richiesta online alla rubrica Servizio clienti/moduli.

**Si prega di compilare interamente anche il retro.**

---

## Documentazioni

La preghiamo di inviare i seguenti moduli alla GEMINI Fondazione collettiva nel più breve tempo possibile:

- Conteggi (copie) delle indennità giornaliere per malattia / infortunio a partire dall'inizio della prestazione (obbligatorio).** Si prega inoltre di disporre in modo tale che anche l'ulteriori conteggi continuino a essere inviate a GEMINI Fondazione collettiva senza che sia necessario richiederlo.
- Certificato medico**

La GEMINI Fondazione collettiva e la ZURICH tratteranno il caso appena le documentazioni citate saranno completamente disponibili.

---

## Note

---

## Datore di lavoro / istituto di previdenza

---

Luogo, data

Timbro e firma

---

## Procura

La persona assicurata autorizza la GEMINI Fondazione collettiva e la ZURICH a elaborare i dati necessari a trattare il caso qui notificato ai fini del calcolo delle prestazioni di rischio. Se necessario, i dati saranno comunicati per elaborazione a terzi coinvolti, in particolare alle coassicurazioni e riassicurazioni o ad altri assicuratori e Case Manager.

La persona assicurata autorizza il personale medico e i suoi ausiliari a comunicare alla GEMINI Fondazione collettiva e alla ZURICH, su richiesta, i dati necessari al trattamento del presente caso, esonerando espressamente tali persone dal loro obbligo di riservatezza.

La GEMINI Fondazione collettiva e la ZURICH vengono inoltre autorizzate a raccogliere informazioni e prendere visione di documenti presso i datori di lavoro, gli uffici pubblici, in particolare gli uffici AI, gli istituti di previdenza, le casse malati, le assicurazioni contro gli infortuni, le casse disoccupazione, altre assicurazioni sociali e Case Manager coinvolti. L'assicuratore che consente la presa di visione è autorizzato a fornire alla GEMINI Fondazione collettiva e alla ZURICH copie degli atti concernenti il trattamento del caso notificato, anche senza una nuova richiesta.

La persona assicurata autorizza la GEMINI Fondazione collettiva e la ZURICH a comunicare i dati all'ufficio AI competente, alla cassa pensioni o ad altri assicuratori sociali o privati coinvolti. Con ciò, la persona assicurata autorizza la GEMINI Fondazione collettiva e la ZURICH, in caso di regresso verso terzi civilmente responsabili o sui loro assicuratori di responsabilità civile, a comunicare loro i dati necessari a far valere i rispettivi diritti di regresso.

La procura conferita dalla persona assicurata è indipendente dall'eventuale erogazione di prestazioni.

La GEMINI Fondazione collettiva e la ZURICH si impegnano a trattare le informazioni ricevute nel rispetto delle norme sulla protezione dei dati e ad applicare nella gestione dei dati personali un dovere accresciuto di diligenza.

---

## Dichiarazione

La persona assicurata dichiara che le indicazioni fornite sono complete e corrette.

---

Luogo, Data

Firma della persona assicurata

---

Indirizzo di consegna    Confidenziale, GEMINI Fondazione collettiva, c/o Avadis Vorsorge AG, Zollstrasse 42, Casella postale 1077, 8005 Zurigo

Telefono    Per eventuali domande è a disposizione il servizio prestazioni: telefono 058 585 21 03

---