

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 1e
 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.

Documentazioni

La preghiamo di inviare i seguenti moduli alla GEMINI Fondazione collettiva 1e 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 1e senza che sia necessario richiederlo.

- Certificato medico**

La GEMINI Fondazione collettiva 1e e la Basilese Vita SA 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 1e e la Basilese Vita SA 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 1e e alla Basilese Vita SA, su richiesta, i dati necessari al trattamento del presente caso, esonerando espressamente tali persone dal loro obbligo di riservatezza.

La GEMINI Fondazione collettiva 1e e la Basilese Vita SA 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 1e e alla Basilese Vita SA copie degli atti concernenti il trattamento del caso notificato, anche senza una nuova richiesta.

La persona assicurata autorizza la GEMINI Fondazione collettiva 1e e la Basilese Vita SA 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 1e e la Basilese Vita SA, 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 1e e la Basilese Vita SA 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 1e, 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