



Notifica d'incapacità lavorativa

Contratto n.* /

Datore di lavoro Nome e indirizzo*

Persona di contatto* Indirizzo e-mail* N. di telefono*

Persona assicurata

Cognome* Nome* Numero d'assicurato*

Via* NPA e località* Data di nascita*

Stato civile Indirizzo e-mail privato* Lingua*

Professione appresa Attività/funzione esercitata N. di telefono*

Incapacità lavorativa

Inabile al lavoro dal*

- Malattia* Infortunio/Malattia professionale* Gravidanza/complicazioni della gravidanza*
 Nessun assicurazione d'indennità giornaliera* Nessun assicurazione d'indennità giornaliera*
 Diagnosi* (se sconosciuta, segnalarlo) Diagnosi* (se sconosciuta, segnalarlo)

Altre informazioni Nome e indirizzo dell'assicuratore di indennità giornaliera* (oppure allegare conteggio delle indennità giornaliere)

N. di riferimento* Nome della persona di contatto* N. di telefono*

Medico curante Nome e indirizzo

Misure Case management*: Nome del case manager* N. di telefono*
(se del caso)

Rilevamento precoce AI: Effettuata notifica? Sì, data No

Altro

Rapporto di lavoro

Grado d'occupazione prima dell'insorgenza dell'incapacità lavorativa*

- Il rapporto di lavoro continua a sussistere*
 Il rapporto di lavoro è stato sciolto* al Se il rapporto di lavoro è stato sciolto: ha già inviato la notifica d'uscita?
 Sì* No* (voglia farlo ora)

Osservazioni

Desidero essere contattato telefonicamente

Procura

Vi preghiamo di inoltrarci la procura firmata dal vostro dipendente. Con la procura ci aiutate ad avviare l'elaborazione del caso il più rapidamente possibile. Vi invitiamo a comunicarci se desiderate che sia AXA a richiedere la procura a posteriori.

Procura firmata in allegato (rapida elaborazione possibile)
 AXA deve richiedere la procura a posteriori (avvio dell'elaborazione dipendente dalla ricezione della procura)

Notificante su incarico del datore di lavoro

Data Cognome Nome

Indirizzo e-mail

Inviare a formsservice.bvg@axa.ch

oppure a: AXA, Postfach 300, 8401 Winterthur

*campo obbligatorio



Autorizzazione e cessione

Contratto n. /

Persona assicurata	Cognome	Nome	Numero d'assicurato	
	Via	NPA e località	Data di nascita	Sesso
Reperibilità	Indirizzo e-mail privato		N. di telefono	
	Professione appresa		Attività/Funzione esercitata	

Elaborazione dei dati	Le società del Gruppo AXA operanti in Svizzera e nel Liechtenstein – di seguito indicate come AXA – vengono autorizzate a elaborare i dati. La persona firmataria fornisce il proprio assenso affinché AXA elabori tutte le informazioni necessarie in relazione:	<ul style="list-style-type: none">– alla verifica del diritto alle prestazioni;– al disbrigo e all'erogazione delle prestazioni;– alla verifica e all'attuazione della pretesa di regresso;– alla reintegrazione nella vita lavorativa.
Raccolta di informazioni	AXA è autorizzata a raccogliere informazioni inclusi gli atti medici presso terzi ad esempio presso assicuratori, uffici pubblici, medici, terapisti, cliniche, istituti di cura, datori di lavoro e i loro rappresentanti, casse pensione e casse malati,	assicuratore d'indennità giornaliera in caso di malattia, istituti di previdenza e di libero passaggio, casse di compensazione, l'Assicurazione federale per l'invalidità nonché altre persone e istituzioni che dispongono di informazioni utili.
Svincolo dall'obbligo di segretezza	Le persone e le istituzioni suindicate sono liberate dall'obbligo del segreto professionale.	
Inoltro	La persona firmataria autorizza inoltre AXA a inoltrare queste informazioni ai soggetti terzi coinvolti, designati al paragrafo	«Raccolta di informazioni», per le finalità descritte al paragrafo «Elaborazione dei dati».
Scambio all'interno di AXA	La presente autorizzazione comprende anche lo scambio vincolato all'uso di informazioni tra le società di AXA operative in	Svizzera e nel Liechtenstein.
Nessuno scambio automatico di dati	Non viene effettuato alcuno scambio automatizzato di dati. AXA non è tenuta a effettuare in ogni caso accertamenti presso terzi o a inoltrare spontaneamente informazioni – neanche	all'interno della stessa AXA. I dati sono trasmessi soltanto in relazione a una fattispecie specifica e dietro richiesta concreta.
Indicazioni veritiere	La presente autorizzazione non solleva la persona firmataria dall'obbligo di fornire indicazioni complete e veritiere. Lo stesso consenso non esonera tale persona neppure dall'obbligo	di dichiarare regolarmente i diritti alle prestazioni presso le istituzioni rilevanti.
Validità temporale	La presente autorizzazione trova applicazione anche per le prestazioni in caso di decesso.	
Confidenzialità	AXA si impegna a trattare le informazioni ricevute con la massima riservatezza e conformità di scopo.	
Forma di trasmissione/Scambio di informazioni via e-mail	Il traffico di e-mail viene di norma effettuato su reti dati difficilmente controllabili. Sussiste pertanto il rischio che persone non autorizzate possano venire a conoscenza delle informazioni scambiate e dell'indirizzo e-mail del mittente e che eventualmente li possano anche modificare. La persona firmataria è consapevole dei rischi rappresentati da questo scambio di e-mail, e fornisce espressamente il	proprio assenso affinché AXA scambi informazioni via e-mail con lei e con i soggetti terzi definiti al paragrafo «Raccolta di informazioni». AXA memorizza l'indirizzo e-mail da lei indicato nel proprio sistema. Un eventuale cambiamento dell'indirizzo e-mail deve essere comunicato tempestivamente ad AXA da parte della persona firmataria.
Cessione	Laddove la persona firmataria o ulteriori persone aventi diritto possano far valere le loro pretese di risarcimento danni derivanti da questo caso di assicurazione nei confronti di	terzi che rispondono per il caso stesso, tutte le pretese fino a concorrenza delle prestazioni regolamentari vengono cedute all'istituto di previdenza tenuto a erogare le prestazioni.
	Data	Firma della persona assicurata o del suo rappresentante legale