

Notifica d'incapacità lavorativa

No. di conteggio (se a conoscenza) _____

1. Dati personali

Cognome e nome _____

No. AVS _____

Data di nascita _____

Via, NPA, domicilio _____

No. di telefono _____

Indirizzo e-mail _____

2. Indicazioni sull'incapacità lavorativa

L'incapacità lavorativa è dovuta a:

malattia

infortunio

infermità congenita

La menomazione è stata causata completamente o in parte da terzi?

sì

no

Maggiori indicazioni sull'incapacità lavorativa:

3. Dati dell'incapacità lavorativa

Inizio dell'incapacità lavorativa: _____

Grado	_____	% dal	_____	al	_____
Grado	_____	% dal	_____	al	_____
Grado	_____	% dal	_____	al	_____
Grado	_____	% dal	_____	al	_____
Grado	_____	% dal	_____	al	_____

4. Domande di carattere generale

La persona assicurata ha presentato richiesta di prestazioni o ne beneficia già presso:

- un'assicurazione d'indennità giornaliera? l'assicuratore di responsabilità civile dell'autore dell'incidente?
 un assicuratore infortuni? l'assicurazione militare?

Se sì: indicare nome e indirizzo dell'assicuratore

È stata già inoltrata per la persona assicurata una richiesta per l'ottenimento di prestazioni dell'AI?

- No Se sì: presso quale ufficio AI?

5. Documenti richiesti

- copia delle ricevute dell'indennità giornaliera decisioni LAINF
 certificati medici decisioni AM
 decisioni AI

6. Osservazioni

7. Firma

Con la propria firma la persona sottoscritta conferma di aver risposto a tutte le domande in modo completo e veritiero. Autorizza inoltre tutte le persone e gli uffici interessati a fornire a PAT BVG le informazioni necessarie per l'accertamento delle pretese e per la verifica del diritto alle prestazioni.

Luogo e data

Firma

**Personalvorsorgestiftung
der Ärzte und Tierärzte PAT-BVG**

Direzione e previdenza

PAT BVG
Frongartenstrasse 9
9001 St.Gallen

Tel. +41 71 556 34 00
www.pat-bvg.ch
info@pat-bvg.ch

Dipartimento immobili

PAT BVG
Kapellenstrasse 5
3011 Bern

Tel. +41 31 330 22 62
www.pat-bvg.ch
immo@pat-immo.ch