

Confidenziale

GEMINI Sammelstiftung
c/o Avadis Vorsorge AG
Leistungsdienst
Zollstrasse 42
Postfach
8031 Zürich

Confidenziale

GEMINI Sammelstiftung
c/o Avadis Vorsorge AG
Leistungsdienst
Zollstrasse 42
Postfach
8031 Zürich

Notifica inabilità al lavoro

Dati relativi alla persona assicurata

Cassa di previdenza

Azienda

Cassa Cassa pensioni Quadri/Cassa complementare

Persona assicurata

Cognome

Nome

Numero AVS Numero d'assicurato Sesso

Data di nascita Stato civile

Indirizzo

NPA e località

Inabilità al lavoro

Inizio dell'inabilità al lavoro dal fino al al %

lavoro dal fino al al %

Causa Malattia Infortunio Gravidanza

Disturbi

Medico curante

Nome

Ambito di specializzazione

Indirizzo

NPA e località

Ente assicurativo

La notifica avviene presso	<input type="checkbox"/> Assicurazione dell'indennità giornaliera per malattia	<input type="checkbox"/> Assicurazione infortuni
	<input type="checkbox"/> Assicurazione feder. per l'invalidità	<input type="checkbox"/> Assicurazione feder. militare
Nome delle società	1. _____	
	2. _____	

Rapporto di lavoro

Il rapporto di lavoro viene sciolto? Sì, in data _____ No _____

In caso di risoluzione del rapporto di lavoro si prega di inviare la notifica di cessazione.

Documentazione

La preghiamo di farci pervenire il prima possibile la documentazione necessaria. GEMINI Fondazione collettiva (cassa) e il Zurich Versicherung (riassicuratore) si occuperanno dell'elaborazione del sinistro non appena saranno pervenuti tutti i documenti indicati.

- Sono obbligatori i conteggi (copie) delle indennità giornalieri per malattia/indennità giornaliera per infortunio dall'inizio della prestazione.**

Si prega inoltre di provvedere anche all'invio continuativo, senza esplicita richiesta, degli altri conteggi della fondazione.

- Certificato medico**

Il certificato medico è necessario se il periodo di attesa dell'assicuratore dell'indennità giornaliera per malattia è superiore a tre mesi oppure in caso di interruzioni dell'inabilità al lavoro nel periodo di attesa.

Interlocutore del datore di lavoro

Cognome _____

Nome _____

Numero di telefono _____

Indirizzo e-mail _____

Osservazioni

Luogo/Data _____

Timbro e firma dell'azienda _____

Delega della persona assicurata

La persona assicurata autorizza la cassa e il riassicuratore trattamento dei dati necessari per l'elaborazione del sinistro notificato con l'obiettivo di determinare le prestazioni di rischio. Se necessario, i dati vengono trasmessi a terze parti interessate, in particolare coassicuratori, riassicuratori o altri assicuratori e Case Manager per l'elaborazione.

La persona assicurata autorizza il personale medico e il relativo personale ausiliario a comunicare, su richiesta, alla cassa e al riassicuratore i dati necessari per la gestione del sinistro in oggetto ed esonera tale personale espressamente dall'obbligo di segretezza.

La cassa e il riassicuratore sono inoltre autorizzate a richiedere informazioni e prendere visione presso datori di lavoro, autorità, in particolare centri AI, istituti di previdenza professionale, casse malati, assicuratori LAINF, casse disoccupazione e altri assicuratori sociali e privati e Case Manager interessati. L'ente assicurativo al quale viene concessa la visione è autorizzato a inviare alla cassa e al riassicuratore degli atti rilevanti ai fini della gestione del sinistro notificato, anche senza presentare una nuova domanda.

La persona assicurata autorizza la cassa e il riassicuratore a trasmettere i dati al centro AI competente, alla cassa pensioni o ad altri assicuratori sociali e privati interessati. Quindi, in caso di ricorso contro terzi responsabili o relativi assicuratori di responsabilità civile, la persona assicurata autorizza la cassa e il riassicuratore a comunicare loro i dati necessari per far valere il diritto di regresso.

La delega della persona assicurata è indipendente dalla concessione di una prestazione. La cassa e il riassicuratore si impegnano a trattare le informazioni ricevute conformemente alle disposizioni sulla protezione dei dati e ad osservare un maggiore obbligo di diligenza per quanto riguarda la gestione dei dati personali.

Dichiarazione

Con la presente, la persona assicurata conferma la correttezza e l'integrità dei dati forniti.

Luogo/Data

Firma

Informazioni

In caso di domande il Servizio prestazioni è a disposizione al numero 058 585 13 34.