

Modulo per l'invalidità

Persona assicurata

Cognome	No. d'assicurazione
Nome	Data di nascita
Indirizzo	No. di sicurezza sociale
CAP	Località
Stato civile	Data del matrimonio

Datore di lavoro

Datore	Persona di contatto
Telefono	E-Mail
Indirizzo	
CAP	Località

Inabilità lavorativa / Invalidità

Inizio dell'inabilità lavorativa	Ultimo giorno pagato
Grado d'occupazione precedente %	Grado d'occupazione nuovo %
Salario annuale precedente CHF	Salario annuale nuovo CHF

Assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia dell'azienda fino al _____

La causa dell'inabilità lavorativa è un infortunio? **Si** **No**

Coordinate di versamento

Istituzione finanziaria

No. IBAN

La persona assicurata ha figli in età scolare o in formazione (massimo fino a 25 anni)?

Si (Allegare le conferme di formazione!)

No

Figli

Cognome	Nome	Data di nascita
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Allegati

Osservazioni

Luogo, data

X


firma



Salario annuo presumibilmente perso e reddito ancora conseguito

Cognome	Data di nascita	
Nome	No. di sicurezza sociale 756.	
	Salario annuo presumibilm. perso	reddito ancora conseguito
	1)	
Salario annuo effettivo	2)	
Indennità regolari	3)	
Salario variabile (bonus e partec. agli utili, misure salariali indiv., etc.)	3)	
Assegni familiari	4)	
Quota parte premio di fedeltà	5)	
Ind. sogg. ai contributi AVS dell'ultimo anno prima dell'inabilità lav.	6)	
Totale CHF		_____

- 1) = Indicazioni dei valori più elevati tra l'inizio dell'inabilità lavorativa e l'inizio della rendita
- 2) = Totale salario annuale incl. garanzie, secondo il grado d'occupazione
- 3) = Questi componenti del salario sono sempre assicurati dal primo versamento
- 4) = Totale annuale prima dell'inabilità lavorativa
- 5) = Dopo la prima riscossione del premio fedeltà, il prossimo premio fedeltà é preso in considerazione in caso di risoluzione o cambiamento del rapporto di lavoro. L'importo successivo previsto deve essere diviso per 5 e adeguato al grado d'occupazione.
- 6) = Totale indennità ricorrenti soggette ai contributi AVS dell'ultimo anno con un'attività lucrativa normale, senza deduzioni, prima dell'inizio del diritto alle prestazioni, calcolate sui 12 mesi.

Luogo, data _____  firma del datore di lavoro

