

## Annuncio d'incapacità di guadagno

Concerne contratto no .....

Istituzione di previdenza .....

### 1. Dati relativi alla persona assicurata:

a) Cognome e nome: .....

Via: ..... Telefono: .....

C.a.p./luogo: .....

b) Data di nascita: .....

c) Assicurazione n°: .....

d) Qual'è l'assicurazione:

– malattia collettiva (nome, indirizzo): .....

– infortuni collettiva (nome, indirizzo): .....

### 2. Dati relativi all'incapacità di guadagno e al rapporto di lavoro:

 a) Causa dell'incapacità di guadagno:  malattia  infortunio

b) Grado e durata ..... % dal ..... al .....

..... % dal ..... al .....

c) Nome e indirizzo del medico curante:

 .....  
oppure allegare certificato medico.

d) Rapporto di lavoro:

– Attività professionale prima dell'inizio dell'incapacità di guadagno? .....

 – La persona assicurata potrà riprendere la sua precedente attività?  si  no

 – Il rapporto di lavoro è stato / sarà sciolto?  si  no

se sì, quando? .....

### 3. Dichiarazione della persona assicurata concernente lo scioglimento dal segreto medico:

 Io sottoscritto, .....  
 autorizzo con la presente la Basilese Vita SA, o le persone da lei incaricate, a richiedere presso medici, ospedali, altro personale medico ed autorità pubbliche, in particolare anche presso assicuratori infortuni, malattia e vita, l'Assicurazione Invalidità federale, l'Assicurazione Militare federale e l'Assicurazione Infortuni federale, tutte le informazioni ritenute necessarie per la valutazione del mio stato di salute anteriore, attuale e futuro. Sciolgo dal segreto medico le persone e gli istituti citati e li autorizzo a dare alla Basilese Vita SA, o alle persone da lei incaricate, tutte le informazioni desiderate.

Luogo, data:

Firma della persona assicurata:

### 4. I firmatari confermano con la loro firma l'esattezza delle indicazioni fornite.

Luogo, data:

Timbro e firma del datore di lavoro/Fondazione