

## 1. Generalità

### 1.1 Dati personali

Cognome

indicare anche il cognome da nubile

Nomi

tutti i nomi, nome usuale in maiuscolo

femminile  maschile

Data di nascita

giorno, mese, anno

Numero d'assicurato

13 cifre, incipiente con 756

Stato civile

Lingua desiderata

Tedesco  Francese  Italiano

### 1.2 Domicilio legale e indirizzo completo

NAP, Luogo

Via, n°

Numero di telefono

E-Mail

Attuale luogo di residenza (se diverso dal domicilio legale, p.es. ospedale o casa di cura)

Nome dell'istituto

NAP, Luogo

Via, n°

## 2. Incapacità lavorativa (IL)

Inizio dell'incapacità lavorativa

Incapacità lavorativa in percentuale

Assenze ripetute (regolari), assenze brevi „ricorrenti“ dal

Motivo dell'incapacità lavorativa?

malattia  infortunio

Problema di salute/genere di disturbo

### 3. Situazione professionale

---

Attuale/ultima attività principale, attività a tempo parziale o attività accessoria

Tipo di attività

% di occupazione

--	--

dal

al

Stipendio lordo CHF

--	--	--

giorno, mese, anno

giorno, mese, anno

Nome e indirizzo del datore di lavoro

--

Persona di riferimento

Numero di telefono

--	--

L'incapacità lavorativa è stata annunciata dall'assicurazione per l'indennità giornaliera di malattia?

sì  no

Se sì, quando?

--

Ragione sociale e indirizzo dell'assicurazione che versa l'indennità per la perdita di guadagno

--

L'incapacità lavorativa è stata annunciata dall'assicuratore LPP?

sì  no

Se sì, quando?

--

Ragione sociale e indirizzo dell'istituto di previdenza sociale

--

È già stata inoltrata una richiesta di prestazioni AI?

sì  no

Se sì, presso quale sede?

--

#### 4. Indicazioni sull'autore della comunicazione

---

- Persona assicurata o il suo rappresentante legale
- Datore di lavoro della persona assicurata
- Medico curante o chiropratico della persona assicurata
- Assicurazione di indennità giornaliera in caso di malattia LAMal
- Istituto d'assicurazione privato (assicurazione di indennità giornaliera in caso di malattia LCA o assicurazione pensioni)
- Assicurazione contro gli infortuni LAINF
- Istituto per la previdenza professionale della persona assicurata
- Organo d'esecuzione dell'assicurazione contro la disoccupazione
- Organo d'esecuzione dell'assistenza sociale cantonale
- Assicurazione militare
- Assicuratore malattie
- Congiunto con economia domestica in comune con la persona assicurata

Grado di parentela

Istituzione

Nome e cognome

NAP, Luogo

Via, n°

Numero di telefono

Data

Firma

Allegati (copia di attestati medici, conteggi di stipendio, certificato AVS, altri) e osservazioni complementari

#### 5. Informazione della persona assicurata

---

Il firmatario conferma di aver informato la persona assicurata a riguardo della presente notifica di rilevamento tempestivo all'assicurazione invalidità.

Data

Firma

## 6. Punto d'inoltro della domanda di prestazioni

---

La domanda di prestazioni va inoltrata all'Ufficio invalidità del cantone di domicilio.

