

LPP - Avviso d'incapacità al lavoro

Dati personali della persona assicurata

(da compilare dal datore di lavoro)

Cognome _____
Nome _____
Via, CP, luogo _____
Data di nascita _____
N° AVS _____
Stato civile _____
Datore di lavoro _____
N° di conteggio _____
Piano di previdenza _____

Incapacità al lavoro

Inizio, grado e durata _____ % dal _____ al _____
_____ % dal _____ al _____
_____ % dal _____ al _____
_____ % dal _____ al _____
_____ % dal _____ al _____

Causa Malattia Assicuratore _____ N° di sinistro _____
 Incidente Assicuratore _____ N° di sinistro _____

Si desidera un Case Management? sì no

Si prega di allegare all'avviso d'incapacità al lavoro tutti gli attestati medici e i conteggi dell'assicuratore di malattia o incidente già disponibili.

Luogo / data

Timbro e firma del datore di lavoro