

**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 giornalieri 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.