

## 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 \_\_\_\_\_  
Contratto No. \_\_\_\_\_  
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