Ausgleichskasse Familienausgleichskasse BVG-Stiftung Caisse de compensation Caisse d'allocations familiales Fondation LPP Cassa di compensazione Cassa d'assegni familiari Fondazione LPP



LPP - Avviso d'incapacità al lavoro

Dati personali della persona assici	urata		
(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'incap malattia o incidente già disponibili.	acità al lavoro tutti gl	i attestati medici e i contegg	ji dell'assicuratore di
Luogo / data Timbro e firma del datore di lavoro)