

Notifica di probabile invalidità

1. Dati personali

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ N. Personale _____

Informazioni sul conto/nome della banca _____

Numero IBAN _____

Soggetto/a alle imposte alla fonte sì no

Dati dei figli di età inferiore a 18 anni o di età fino a 25 anni se ancora in formazione.

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ Sesso f m

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ Sesso f m

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ Sesso f m

2. Dati relativi all'incapacità lavorativa

Inizio incapacità lavorativa _____

Grado incapacità lavorativa in % _____

incidente malattia

Data di uscita _____

Iscrizione avvenuta presso le seguenti assicurazioni:

Assicurazione d'indennità giornaliera per malattia (compagnia assicurativa) _____

Assicurazione contro gli infortuni (compagnia assicurativa) _____

Assicurazione invalidità confederale

3. Varie

Osservazioni _____

Collaboratore/Collaboratrice responsabile per delucidazioni _____

Data _____ Firma _____