



## Notifica d'invalidità

Datore di lavoro:

N. di membro:

### 1. Generalità della persona assicurata

Numero di assicurazione sociale

Cognome, nome

Via, n.

NPA, località

### 2. Figli

Ho figli di età inferiore ai 18 anni

SÌ  NO

Ho figli agli studi di età inferiore ai 25 anni

SÌ  NO

Ho figli invalidi ad almeno il 70%

SÌ  NO

### 3. Altre assicurazioni\* (\*p.f. allegare decisioni)

- Assicurazione federale per la vecchiaia e i superstiti (AVS)?

SÌ  NO

- Assicurazione infortuni?

SÌ  NO

- Assicurazione militare (AM)?

SÌ  NO

- Altre?\*

SÌ  NO

\*Se SÌ, quali?

L'invalidità è stata causata da terzi?

SÌ  NO

### 4. Pagamento delle prestazioni

Si prega di allegare una polizza di versamento; se non fosse disponibile, compilare la parte sottostante.

Conto postale:

Conto bancario:

Titolare:

Banca:

Luogo:

N. clearing:

N. IBAN:

Salvo disposizioni contrarie, la suddetta cassa pensione notifica le prestazioni di rendita all'amministrazione federale delle contribuzioni.

## 5. Procura e firma

In vista degli accertamenti per stabilire i diritti, della verifica del diritto alle prestazioni da parte della persona assicurata o di altri aventi diritto e dell'attuazione del regresso nei confronti di terzi verso i quali la persona assicurata o i suoi superstiti in seguito a questo caso di assicurazione possono fare valere pretese di risarcimento di danni, con la sua firma la persona assicurata autorizza esplicitamente proparis e l'organo d'applicazione della cassa pensione a

- procurarsi le informazioni e la documentazione occorrenti per chiarire il diritto alle prestazioni e di regresso direttamente presso casse malati, assicuratori delle indennità giornaliere in caso di malattia, assicuratori infortuni, uffici AI, istituti di previdenza, assicuratori sulla vita, assicurazioni disoccupazione, di responsabilità civile e militare, medici, psicoterapeuti, fisioterapisti, chiropratici nonché ospedali, case di cura, datori di lavoro e altre persone/istituzioni.

I medici nonché le istituzioni e persone citate sono pertanto sollevati senza riserva dal loro segreto professionale e dall'obbligo di riservatezza medico o legale nei confronti di proparis e dell'organo d'applicazione della cassa pensione;

- trasmettere a terzi, agli assicuratori coinvolti, ai riassicuratori nazionali ed esteri o agli eventuali assicuratori sulla vita individuale e ai competenti uffici AI, i dati che sembrano necessari per il trattamento del danno e del regresso e a richiedere da questi le informazioni necessarie;
- ordinare l'esecuzione di perizie proprie, i cui costi sono a carico della cassa pensione.

A condizione che la persona assicurata o i suoi successori possano fare valere le loro pretese di risarcimento di danni derivanti da questo caso di assicurazione nei confronti di terzi che rispondono per il caso di assicurazione, con la presente tutti i diritti fino all'ammontare delle prestazioni regolamentari vengono ceduti all'istituto di previdenza tenuto a fornire le prestazioni.

Luogo / Data

Firma della persona assicurata

In caso di tutela:  
nome e indirizzo del rappresentante legale

Luogo / Data

Firma del rappresentante legale

### Da allegare al presente modulo:

- copia di tutte le decisioni AI
- copia di tutte le decisioni dell'AI per figli inabili al lavoro che hanno superato il 18° anno di età
- copia di tutte le decisioni della SUVA, della LAINF o dell'assicurazione militare
- libretto di famiglia o estratto del registro dello stato civile
- copia del permesso di soggiorno
- certificato di domicilio per le persone con domicilio all'estero
- attestato di formazione per figli che non hanno ancora raggiunto il 25° anno di età
- copia del conteggio finale dell'indennità giornaliera per malattia
- dichiarazione d'imposta degli anni
- conteggio dell'assicurazione contro la disoccupazione