

## Modulo di notifica per l'Esonero dal pagamento dei contributi

( contrassegnare ciò che corrisponde)

Ditta / n° di cliente

---

Persona assicurata (cognome nome)

---

Numero dell'assicurato

---

Stato civile

<sup>1</sup> per favore allegare 1 copia della sentenza di divorzio

nubile/celibe    sposato(a)    divorziato(a)<sup>1</sup>    vedovo(a)  
 domestica registrata

Indirizzo

---

CAP Luogo

---

**Inabilità lavorativa causata da**

malattia     
infortunio  

Inizio dell'inabilità lavorativa

---

Si prega di allegare la seguente documentazione, se disponibile:

- Copia di tutti i conteggi d'indennità giornaliera di malattia, militare o d'infortunio
- Copia dell'Annuncio o della Decisione dell'assicurazione d'invalidità federale
- Copia della decisione dell'assicurazione infortuni / militare

La persona assicurata percepisce prestazioni assicurative da un'altra assicurazione?    sì    no

- se sì, quali?

---

Ha provveduto ad annunciare il Suo caso all'assicurazione di invalidità sociale (AI)?    sì    no

-Se sì, presso quale?

---

## Durata ed entità dell'incapacità lavorativa

Dal	Al	Incapacità al lavoro %

## Procura

Autorizzo Spida Fondazione di previdenza, Bergstrasse 21, 8044 Zurigo, a richiedere qualsiasi informazione che essa ritenga necessaria, come pure di visionare la relativa documentazione.

Questa procura serve per poter accertare un eventuale obbligo a delle prestazioni nell'ambito della Legge sulla previdenza professionale e del regolamento della Spida Fondazione di previdenza.

Esonero tutte le relative persone e gli uffici in merito, segnatamente i medici, il personale ausiliario medico, gli ospedali, le case di cura, le casse malati, le assicurazioni pubbliche e private, le autorità, nonché le istituzioni di previdenza dal loro segreto professionale verso Spida Fondazione di previdenza e li autorizzo a dare ad essa qualsiasi informazione.

---

Luogo e data

---

Timbro e firma della ditta

---

Luogo e data

---

Firma della persona assicurata