

Notifica di malattia e d'infortunio per assicurati individuali d'indennità giornaliera incl. assicurati collettivi con somme salariali fisse

N. di contratto _____
N. d'assicurato _____

1. Persona assicurata	Cognome, nome e indirizzo con NPA _____ _____	Data di nascita _____	N. AVS (a 13 cifre) _____
	<input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna	Nazionalità _____	Telefono _____
2. Attività	Attività professionale abituale Professione appresa	Data d'entrata _____	
	Rapporto lavorativo disdetto per il/a tempo determinato fino al _____	<input type="checkbox"/> Impiegata/o <input type="checkbox"/> Indipendente <input type="checkbox"/> Senza attività lucrativa/pensionata/o	<input type="checkbox"/> Disoccupata/o <input type="checkbox"/> Gestisce l'economia domestica
3. Incapacità lavorativa	Da data _____	<input type="checkbox"/> Malattia	<input type="checkbox"/> Infortunio
	Fino a data _____	<input type="checkbox"/> Maternità, data di nascita prevista _____	
4. Medico curante/ ospedale	Nome e indirizzo con NPA _____ _____		
	Durata prevista _____		
5. Recapito di pagamento	Nome del titolare del conto _____	Nome e indirizzo della banca _____	
	N. del conto postale _____	N. del conto bancario _____	
	N. IBAN _____	N. clearing della banca _____	
	Versamento a (solo per assicurati collettivi) <input type="checkbox"/> Assicurata/o <input type="checkbox"/> Datore di lavoro		
6. Altre assicurazioni	Lei/la persona assicurata ha già diritto ad altre indennità giornaliere o rendite presso: assicurazione malattia, SUVA o assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, AI, AVS, assicurazione militare, cassa disoccupazione, assicurazione privata? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì		
	Se sì, n. di polizza _____		Nome dell'assicuratore _____
7. Assicuratore LPP	Nome dell'assicuratore LPP _____		
8. Assicurazione per l'invalidità	Effettuata la notifica per il rilevamento tempestivo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, il _____
	Eseguito l'annuncio AI?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, il _____
9. Prove della perdita di guadagno	Per favore compilare a tergo.		

Professionisti indipendenti e titolari d'azienda con somme salariali fisse	Ramo	Forma giuridica	Numero di dipendenti
	Durante la sua incapacità lavorativa deve chiudere l'azienda?		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	Se no, a causa della sua assenza si creano costi supplementari o perdite di fatturato?		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	Se sì, per che cosa?		
			CHF /mese
		CHF /mese	
Per favore allegare una copia del rendiconto economico dell'ultimo anno d'esercizio.			

Disoccupati	Per favore allegare una copia dell'ultimo conteggio AD.
--------------------	--

Impiegati	Per favore compilare personalmente (o fare compilare dal datore di lavoro) la pagina seguente e farla firmare dal datore di lavoro.
------------------	--

Luogo e data

Firma della persona assicurata

Notifica di malattia e d'infortunio per assicurati individuali d'indennità giornaliera incl. assicurati collettivi con somme salariali fisse

N. di contratto	_____
N. d'assicurato	_____

Persona assicurata	Cognome, nome e indirizzo con NPA	Data di nascita	N. AVS (a 13 cifre)
	_____	_____	_____
	_____	Nazionalità	Telefono
	_____	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna	Lingua	_____

Impiegati compresi i familiari che collaborano con somme salariali fisse			%	CHF/ora	CHF/giorno	CHF/mese	CHF/anno	
	Salario di base lordo							_____
	Indennità di carovita							_____
	Cottimo/provvigione							_____
	Assegni per figli/familiari							_____
	Indennità di vacanze							_____
	Indennità per giorni festivi							_____
	Gratificazione/tredicesima							_____
	Altre indennità salariali, genere							_____
	Salario in natura, genere							_____
	Orario di lavoro a settimana				Impiego			
	Giorni	Ore	Ore di lavoro usuali nell'azienda		<input type="checkbox"/> regolare	<input type="checkbox"/> temporaneo		
	_____	_____	_____		<input type="checkbox"/> irregolare	<input type="checkbox"/> lavoro ridotto		
Quale reddito riceve lei/il collaboratore durante la sua incapacità lavorativa?								
<input type="checkbox"/> Pagamento continuato del salario secondo il contratto di lavoro								
dal _____		al _____		%		CHF		
dal _____		al _____		%		CHF		
<input type="checkbox"/> Prestazioni dall'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera								
dal _____		al _____		%		CHF		
Il reddito sottostà all'imposta alla fonte?				Se sì, n. SIMIC (oppure allegare copia del documento)				
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No				_____				
Per favore allegare una copia degli ultimi tre conteggi salariali.								

Luogo e data

Timbro e firma del datore di lavoro
