

## Assicurazione collettiva di un'indennità giornaliera in caso di malattia

Notifica caso di malattia/parto

N° polizza

### Prenditore d'assicurazione

Nome/ditta _____		Conto postale o bancario n° _____	
Azienda _____		Banca/filiale di _____	
Via _____		Sottoposto all'IVA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	
NPA/luogo _____		N° IVA _____	
Tel. ufficio _____ cellulare _____		<input type="text" value="(lasciare vuoto)"/>	
Fax _____ E-Mail _____		_____	
_____		_____	

### Persona assicurata

Nome/cognome _____		Attività lavorativa (indicazione della professione e descrizione dell'attività) _____	
Data di nascita _____ Stato civile _____		_____	
AVS n° _____		_____	
Via _____		Data assunzione _____	
NPA/luogo _____		Sforzo fisico nello svolgimento del lavoro _____	
Tel. privato _____ cellulare _____		<input type="checkbox"/> leggero <input type="checkbox"/> medio <input type="checkbox"/> pesante	
Tel. ufficio _____ cellulare _____		<input type="checkbox"/> Sollevamento di pesi _____ Quanti kg? _____	
Conto postale o bancario n° _____		Frequenza volte? <input type="checkbox"/> al giorno <input type="checkbox"/> alla settimana <input type="checkbox"/> raramente	
Banca/filiale di _____		Svolgimento del lavoro _____	
_____		<input type="checkbox"/> seduto <input type="checkbox"/> in piedi <input type="checkbox"/> seduto/in piedi	
_____		Soggetto all'imposta alla fonte <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	
_____		_____	

### Malattia (notifica di parto vedi, pagina 2)

Tipo di malattia _____		Durata presumibile _____	
_____		_____	
È subentrata un'incapacità lavorativa? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì		_____	
Da quando? <input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/> totale		Ha già ripreso il lavoro? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	
_____		Se sì, quando? _____	
_____		_____	

### Medico

Medico curante _____		Inizio della cura medica _____	
Nome/cognome _____		<input type="text" value="(lasciare vuoto)"/>	
Via _____		Ha già sofferto in precedenza della stessa malattia? _____	
NPA/luogo _____		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	
_____		Quando? _____	
_____		Chi era il medico curante? _____	
_____		_____	
_____		_____	

---

## Orario lavorativo della persona assicurata

---

N° di giorni alla settimana \_\_\_\_\_ Occupazione \_\_\_\_\_  
Ore alla settimana \_\_\_\_\_  irregolare \_\_\_\_\_  
Ore al giorno \_\_\_\_\_ Se sì, in che misura? \_\_\_\_\_  
Orario di lavoro settimanale previsto in ditta \_\_\_\_\_  ad orario ridotto \_\_\_\_\_

---

## Notifica di parto

---

Data (prevista) del parto \_\_\_\_\_  
Medico curante \_\_\_\_\_

---

## Salario della persona assicurata

---

### Salario fisso secondo polizza CHF

Salario determinante	CHF	all'ora	al giorno	al mese	all'anno
in contanti Salario base (salario AVS)					
Indennità di carovita					
Cottimo/provvigione					
Assegni per figli/famiglia					
Indennità vacanze/giorni festivi	% oppure				
Altre indennità (genere)					
Gratifica/tredicesima	% oppure				
in natura (genere)					
<b>Totale</b>					

---

## Altre assicurazioni

---

Sono in corso altre assicurazioni dello stesso genere \_\_\_\_\_ Compagnia \_\_\_\_\_  
(p. es. Cassa malati)?  no  sì \_\_\_\_\_ N° polizza \_\_\_\_\_

---

Il sottoscritto autorizza l'assicurazione a prendere visione degli atti ufficiali, degli atti medici nonché degli atti LAINF o LAMAL. Oltre a ciò, l'assicurato si dichiara d'accordo che l'assicurazione metta a disposizione dati utili alla trattazione del caso a terzi, in special modo ad assicuratori coinvolti e che possa pure richiedere informazioni necessarie da quest'ultimi.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma dello persona assicurata (a meno che non sia \_\_\_\_\_ Firma del prenditore d'assicurazione  
identica con il prenditore d'assicurazione) \_\_\_\_\_

---