

## Foglio per l'indennità giornaliera 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	_____

### Indicazioni per la persona assicurata

Questo foglio per l'indennità giornaliera rimane al paziente. Egli deve presentarlo ad ogni visita medica e al momento della ripresa del lavoro deve consegnarlo immediatamente a Helsana.  
In caso d'incapacità lavorativa di lunga durata, una copia del foglio per l'indennità giornaliera deve essere presentata a Helsana alla fine di ogni mese, affinché possa essere effettuato un conteggio mensile. Questo foglio per l'indennità giornaliera non costituisce un riconoscimento dell'obbligo a prestazioni.

### Annotazioni del medico

Malattia       Infortunio      \*1 Intensità di lavoro ragionevolmente esigibile in % dell'attività usuale

\*2 Ore di presenza in ditta ragionevolmente esigibili

Data della visita effettuata	Incapacità al lavoro			Prossima valutazione dell'incapacità lavorativa il	Intensità di lavoro ragionevolmente esigibile *1	Durata di presenza ragionevolmente esigibile *2	Firma del medico
	Grado	Validità dal	Validità fino al				
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Timbro del medico

\_\_\_\_\_

Osservazioni

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_