

Notifica di malattia

Contratto n. _____

Assicurazione collettiva d'indennità giornaliera per il lavoratore

1. Datore di lavoro	Nome e indirizzo con NPA _____ _____		Telefono _____		Gruppo di persone (ramo d'impresa) _____	
2. Persona assicurata	Cognome, nome e indirizzo con NPA _____ _____		Data di nascita _____	N. AVS (13 cifre) _____		
	<input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna		Nazionalità _____	Telefono _____		
	Lingua _____					
3. Impiego	Attività professionale abituale Professione appresa		Data d'entrata _____	<input type="checkbox"/> Quadri	<input type="checkbox"/> Qualificato	
	Rapporto lavorativo disdetto per il / a tempo determinato fino al _____			<input type="checkbox"/> Semiqualf.	<input type="checkbox"/> Non qualif.	
				<input type="checkbox"/> Apprendista	<input type="checkbox"/> Praticante	
				<input type="checkbox"/> Altro		
4. Orario di lavoro per sett.	Giorni	Ore	Ore fatte normalmente in ditta	Occupazione		
	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> regolare	<input type="checkbox"/> temporanea	
				<input type="checkbox"/> irregolare	<input type="checkbox"/> lavoro a orario ridotto	
5. Lavoratrice/ore straniera/o	Soggetto all'imposta alla fonte? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Permesso lungo (B-EG)	<input type="checkbox"/> Permesso annuale (B)		
	Se sì, n. RCS (oppure allegare una copia del libretto)		<input type="checkbox"/> Domiciliata/o (C, C-EG)	<input type="checkbox"/> Permesso breve (L, L-EG)		
			<input type="checkbox"/> Frontaliere (G,G-EG)	<input type="checkbox"/> Richiedente l'asilo (N)		
			<input type="checkbox"/> Ammissione provvisoria (F)			
6. Incapacità al lavoro	Ultimo giorno di lavoro prima dell'ILA		<input type="checkbox"/> Malattia	<input type="checkbox"/> Infortunio		
	Da data _____		<input type="checkbox"/> Maternità, data di nascita prevista _____			
	Fino a data _____					
	Durata prevista _____		Incapacità lavorativa		%	
	_____		_____			
7. Medico curante/ospedale	Nome e indirizzo con NPA _____		Data prima visita medica _____			
8. Salario (secondo AVS, risp. polizza, se stabilito diversamente)	Salario di base lordo prima dell'inizio dell'incapacità al lavoro, risp. la media degli ultimi 12 mesi in caso d'impiego lavorativo irregolare (al mese senza tredicesima)		CHF	all'ora (1)	al giorno (2)	al mese (3)
	Indennità di carovita		CHF o %	_____	_____	_____
	Cottimo/Provvigione		CHF o %	_____	_____	_____
	Assegno per i figli/familiare		CHF o %	_____	_____	_____
	Indennità per le vacanze		CHF o %	_____	_____	_____
	Indennità per i giorni festivi		CHF o %	_____	_____	_____
	Gratificazioni/Tredicesima		CHF o %	_____	_____	_____
	Altre indennità, genere		CHF o %	_____	_____	_____
	Prestazioni in natura, genere		CHF o %	_____	_____	_____
9. Recapito di pagamento	<input type="checkbox"/> Come finora		Nome e indirizzo della banca _____			
	Nome del titolare del conto _____		N. del conto bancario _____			
	N. del conto postale _____		N. del conto bancario _____			
	Versamento a		N. IBAN		N. clearing della banca	
	<input type="checkbox"/> Datore di lavoro <input type="checkbox"/> Assicurata/o		_____			
10. 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 _____		
11. Altre prestazioni assicurative	La persona assicurata ha già diritto ad altre indennità giornaliere o rendite presso: cassa malati, SUVA o assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, AI, AVS, assicurazione militare, cassa disoccupazione, assicurazione privata? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, n. di polizza _____					
	Nome dell'assicuratore? _____					
12. Assicuratore LPP	Nome dell'assicuratore LPP _____					

Luogo e data

Timbro e firma del datore di lavoro

Lavoratore

Notifica di malattia

Contratto n. _____

Assicurazione collettiva d'indennità giornaliera per il lavoratore

1. Datore di lavoro	Nome e indirizzo con NPA _____ _____		Telefono _____		Gruppo di persone (ramo d'impresa) _____	
2. Persona assicurata	Cognome, nome e indirizzo con NPA _____ _____		Data di nascita _____	N. AVS (13 cifre) _____		
	<input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna		Nazionalità _____	Telefono _____		
	Lingua _____					
3. Impiego	Attività professionale abituale Professione appresa		Data d'entrata _____	<input type="checkbox"/> Quadri	<input type="checkbox"/> Qualificato	
	Rapporto lavorativo disdetto per il / a tempo determinato fino al _____			<input type="checkbox"/> Semiqualf.	<input type="checkbox"/> Non qualif.	
				<input type="checkbox"/> Apprendista	<input type="checkbox"/> Praticante	
				<input type="checkbox"/> Altro		
4. Orario di lavoro per sett.	Giorni	Ore	Ore fatte normalmente in ditta	Occupazione		
	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> regolare	<input type="checkbox"/> temporanea	
				<input type="checkbox"/> irregolare	<input type="checkbox"/> lavoro a orario ridotto	
5. Lavoratrice/ore straniera/o	Soggetto all'imposta alla fonte? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, n. RCS (oppure allegare una copia del libretto) _____		<input type="checkbox"/> Permesso lungo (B-EG)	<input type="checkbox"/> Permesso annuale (B)		
			<input type="checkbox"/> Domiciliata/o (C, C-EG)	<input type="checkbox"/> Permesso breve (L, L-EG)		
			<input type="checkbox"/> Frontaliere (G,G-EG)	<input type="checkbox"/> Richiedente l'asilo (N)		
			<input type="checkbox"/> Ammissione provvisoria (F)			
6. Incapacità al lavoro	Ultimo giorno di lavoro prima dell'ILA Da data _____		<input type="checkbox"/> Malattia	<input type="checkbox"/> Infortunio		
	Fino a data _____		<input type="checkbox"/> Maternità, data di nascita prevista _____			
	Durata prevista _____		Incapacità lavorativa	_____ %		
7. Medico curante/ospedale	Nome e indirizzo con NPA _____		Data prima visita medica _____			
8. Salario (secondo AVS, risp. polizza, se stabilito diversamente)	Salario di base lordo prima dell'inizio dell'incapacità al lavoro, risp. la media degli ultimi 12 mesi in caso d'impiego lavorativo irregolare (al mese senza tredicesima)		CHF	all'ora (1)	al giorno (2)	al mese (3)
	Indennità di carovita		CHF o %	_____	_____	_____
	Cottimo/Provvigione		CHF o %	_____	_____	_____
	Assegno per i figli/familiare		CHF o %	_____	_____	_____
	Indennità per le vacanze		CHF o %	_____	_____	_____
	Indennità per i giorni festivi		CHF o %	_____	_____	_____
	Gratificazioni/Tredicesima		CHF o %	_____	_____	_____
	Altre indennità, genere		CHF o %	_____	_____	_____
	Prestazioni in natura, genere		CHF o %	_____	_____	_____
9. Recapito di pagamento	<input type="checkbox"/> Come finora		Nome e indirizzo della banca _____			
	Nome del titolare del conto _____		N. del conto bancario _____			
	N. del conto postale _____		N. del conto bancario _____			
	Versamento a <input type="checkbox"/> Datore di lavoro <input type="checkbox"/> Assicurata/o		N. IBAN _____		N. clearing della banca _____	
10. 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 _____			
11. Altre prestazioni assicurative	La persona assicurata ha già diritto ad altre indennità giornaliere o rendite presso: cassa malati, SUVA o assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, AI, AVS, assicurazione militare, cassa disoccupazione, assicurazione privata? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, n. di polizza Nome dell'assicuratore? _____					
12. Assicuratore LPP	Nome dell'assicuratore LPP _____					

Luogo e data

Timbro e firma del datore di lavoro

Lavoratore