

Helsana Assicurazioni SA
Casella postale
8081 Zurigo

Indennizzo della perdita di guadagno e/o di altre spese del donatore dopo il trapianto di reni, di fegato o di cellule staminali

| | |
|--|--|
| <hr/> | |
| Tipo di trapianto | <hr/> |
| Ospedale del trapianto | <hr/> |
| 1 Donatore / donatrice | Cognome, nome <hr/> |
| | Data di nascita <hr/> |
| | Via, n. <hr/> |
| | NPA, luogo <hr/> |
| | Assicuratore malattia <hr/> |
| | N. d'assicurato <hr/> |
| | Rapporto con il ricevente <hr/> |
| | Professione esercitata <hr/> |
| | <input type="checkbox"/> Indipendente <input type="checkbox"/> Impiegato/a presso |
| 2 Datore di lavoro del donatore / della donatrice | Ditta <hr/> |
| | Via, n. <hr/> |
| | NPA, luogo <hr/> |
| | Banca, filiale <hr/> |
| | IBAN <hr/> |
| | Conto bancario <hr/> |
| 3 Ricevente | Cognome, nome <hr/> |
| | Data di nascita <hr/> |
| | Via, n. <hr/> |
| | NPA, luogo <hr/> |
| | Assicuratore malattia <hr/> |
| | N. d'assicurato <hr/> |
| 4 Allegati | <input type="checkbox"/> Certificato di lavoro emesso dal datore di lavoro (solo per i dipendenti) |
| Per il rimborso delle | <input type="checkbox"/> Ultima tassazione definitiva (solo per i lavoratori autonomi) |
| spese supplementari | <input type="checkbox"/> Busta paga mensile |
| vanno allegate le | <input type="checkbox"/> 3-6 buste paga mensili (per i dipendenti a retribuzione oraria) |
| seguenti fatture originali: | <input type="checkbox"/> Certificato medico definitivo per la durata dell'incapacità al lavoro |
| | <input type="checkbox"/> Polizza di versamento del datore di lavoro o della ditta |
| | <input type="checkbox"/> Ricevute varie |
| <hr/> | <hr/> |
| Luogo e data | Firma del donatore / della donatrice |