

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/>	
<b>Tipo di trapianto</b>	<hr/>
<b>Ospedale del trapianto</b>	<hr/>
<b>1 Donatore / donatrice</b>	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
<b>2 Datore di lavoro del donatore / della donatrice</b>	Ditta <hr/>
	Via, n. <hr/>
	NPA, luogo <hr/>
	Banca, filiale <hr/>
	IBAN <hr/>
	Conto bancario <hr/>
<b>3 Ricevente</b>	Cognome, nome <hr/>
	Data di nascita <hr/>
	Via, n. <hr/>
	NPA, luogo <hr/>
	Assicuratore malattia <hr/>
	N. d'assicurato <hr/>
<b>4 Allegati</b>	<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
<hr/>	<hr/>