

Notifica di malattia

Assicurazione collettiva d'indennità giornaliera per il lavoratore

Contratto n. _____

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 _____	<input type="checkbox"/> Quadri	<input type="checkbox"/> Qualificato		
	Data d'entrata _____	Rapporto lavorativo disdetto per il / a tempo determinato fino al _____	<input type="checkbox"/> Semicualif.	<input type="checkbox"/> Non qualif.		
			<input type="checkbox"/> Apprendista	<input type="checkbox"/> Praticante		
			<input type="checkbox"/> Altro			
4. Orario di lavoro per settimana	Giorni _____ Ore _____ Ore fatte normalmente in ditta _____	Occupazione <input type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> irregolare	<input type="checkbox"/> temporanea <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"/> Permessi lungo (B-EG) <input type="checkbox"/> Domiciliata/o (C, C-EG) <input type="checkbox"/> Frontaliere (G,G-EG) <input type="checkbox"/> Ammissione provvisoria (F)	<input type="checkbox"/> Permessi annuale (B) <input type="checkbox"/> Permessi breve (L, L-EG) <input type="checkbox"/> Richiedente l'asilo (N)			
6. Incapacità al lavoro	Ultimo giorno di lavoro prima dell'ILA _____	<input type="checkbox"/> Malattia <input type="checkbox"/> Infortunio				
	Da data _____ 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 del titolare del conto _____	Nome e indirizzo della banca _____				
	N. del conto postale _____	N. del conto bancario _____				
	Versamento a <input type="checkbox"/> Assicurata/o <input type="checkbox"/> Datore di lavoro	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"/> No <input type="checkbox"/> Sì					
	Nome dell'assicuratore: _____ Se sì, n. di polizza _____					
12. Assicuratore LPP	Nome dell'assicuratore LPP: _____					

Luogo e data

Timbro e firma del datore di lavoro

Lavoratore

Notifica di malattia

Assicurazione collettiva d'indennità giornaliera per il lavoratore

Contratto n. _____

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 ____/____/____ Rapporto lavorativo disdetto per il / a tempo determinato fino al ____/____/____	<input type="checkbox"/> Quadri <input type="checkbox"/> Qualificato <input type="checkbox"/> Semiquarif. <input type="checkbox"/> Non qualif. <input type="checkbox"/> Apprendista <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Altro				
4. Orario di lavoro per settimana	Giorni _____ Ore _____ Ore fatte normalmente in ditta _____	Occupazione <input type="checkbox"/> regolare <input type="checkbox"/> irregolare	<input type="checkbox"/> temporanea <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"/> Permessi lungo (B-EG) <input type="checkbox"/> Domiciliata/o (C, C-EG) <input type="checkbox"/> Frontaliere (G,G-EG) <input type="checkbox"/> Ammissione provvisoria (F)	<input type="checkbox"/> Permessi annuale (B) <input type="checkbox"/> Permessi breve (L, L-EG) <input type="checkbox"/> Richiedente l'asilo (N)			
6. Incapacità al lavoro	Ultimo giorno di lavoro prima dell'ILA ____/____/____ Da data _____ Fino a data _____ Durata prevista _____	<input type="checkbox"/> Malattia <input type="checkbox"/> Infortunio <input type="checkbox"/> Maternità, data di nascita 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)	all'anno (4)
	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 del titolare del conto _____ N. del conto postale _____	Nome e indirizzo della banca _____ _____				
	Versamento a <input type="checkbox"/> Assicurata/o <input type="checkbox"/> Datore di lavoro	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"/> No <input type="checkbox"/> Sì Nome dell'assicuratore: _____ Se sì, n. di polizza _____					
12. Assicuratore LPP	Nome dell'assicuratore LPP: _____					

Luogo e data

Timbro e firma del datore di lavoro

Lavoratore