

Comunicazione di incapacità al lavoro

Datore di lavoro **n° contratt**

Indicazioni sulla persona assicurata

Signor Signora

Cognome Nome

Via NPA, Località

Telefono Nazionalità

n° assicurato Data di nascita

Lingua di corrispondenza TE FR IT IN

Rapporto di lavoro

Inizio ed eventuale fine del rapporto di lavoro dal al

Grado d'occupazione prima del verificarsi dell'evento %

Salario annuo dell'anno del sinistro anno CHF

Figli

Se di età ancora inferiore a 18 oppure in formazione fino a 25.

| Cognome | Nome | Data di nascita |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Si prega di allegare gli attestati di formazione.

Informazioni sull'incapacità al lavoro

Inizio gg mm aaaa

Grado e durata % dal al

% dal al

% dal al

Malattia

Infortunio

Iscrizione effettuata presso

| | | |
|--|----------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Ass. d'indennità giornaliera per malattia | Società | <input type="text"/> |
| Persona di contatto <input type="text"/> | Telefono | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Assicurazione contro gli infortuni | Società | <input type="text"/> |
| Persona di contatto <input type="text"/> | Telefono | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> AI (rilevamento tempestivo) | Filiale | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Case Manager (gestione del caso) | | |
| Nome <input type="text"/> | Telefono | <input type="text"/> |

Si prega di allegare copia delle iscrizioni, delle comunicazioni, dei conteggi e delle decisioni di tutti gli uffici.

| | |
|----------------------------------|--|
| Luogo, data <input type="text"/> | Timbro e firma del datore di lavoro <input type="text"/> |
|----------------------------------|--|