

## Dichiarazione d'incapacità lavorativa malattia del datore di lavoro

<b>N° d'incarto :</b>					
<b>1. Datore di lavoro</b>	N° del contratto collettivo:	Unità amministrativa:			
	Tel.:	Persona da contattare:			
	E-mail:				
<b>2. Dipendente</b> <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina  Cognome e nome:  Via:  CAP:  Domicilio:  E-mail:	Data di nascita:	N° AVS (13 numeri):			
	Cittadinanza:	Permesso di soggiorno:			
	Soggetto all'imposta alla fonte: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no				
	N° di telefono fisso:	N° di cellulare:			
	Medico:				
<b>3. Rapporto di lavoro</b>	Attività professionale svolta abitualmente:				
	In quale settore aziendale?				
	Data d'assunzione:	Scadenza, se contratto di durata determinata:			
	Il dipendente è stato licenziato? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	o ha dato le proprie dimissioni? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no			
	Se sì, data della notifica: _____ Per quale data? _____				
<b>4. Periodo d'incapacità</b>	Quando ha lavorato per l'ultima volta il dipendente prima dell'incapacità? (data, ora) :				
	Inizio dell'incapacità (data, ora) :				
	Ripresa effettiva del lavoro il: _____ al _____ %				
	Se ancora in incapacità lavorativa, durata prevedibile in giorni:				
<b>5. Causa dell'incapacità</b>	<input type="checkbox"/> malattia <input type="checkbox"/> infortunio <input type="checkbox"/> malattia professionale <input type="checkbox"/> maternità, termine previsto:				
	Tipo di malattia / ferita:				
	Trattasi di una ricaduta di una precedente incapacità? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, quella del:				
<b>6. Controllo</b>	Si desidera un controllo? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Lingua (tra quelle nazionali) capita dal dipendente:			
<b>7. Orario di lavoro</b>	Ore settimanali:	Ore annuali:	Tasso d'occupazione in %:		
	Orario irregolare? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no				
<b>8. Salario</b>		Fr./ora	Fr./giorno	Fr./mese	Fr./anno
	8.1 Salario di base (lordo senza punto 8.2 e 8.3)				
	8.2 Indennità per vacanze/giorni festivi	%			
	8.3 Gratifica/13esima	%			
	8.4 Supplementi di salario	%			
Denominazione:					
<b>9. Altre prestazioni d'assicurazione</b>	Il dipendente ha diritto o ha rivendicato il proprio diritto a indennità giornaliera o a una rendita? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì:				
	<input type="checkbox"/> AI / AVS <input type="checkbox"/> SUVA o altro assicuratore LAINF <input type="checkbox"/> assicurazione personale/privata				
	<input type="checkbox"/> Assicurazione Disoccupazione <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> Assicurazione militare <input type="checkbox"/> altro :				
In caso d'affiliazione LPP presso una fondazione del Gruppo Mutuel, la presente dichiarazione sarà comunicata dopo un termine d'attesa di tre mesi.					
<b>10. Indirizzo di pagamento</b>	<input type="checkbox"/> Datore di lavoro		<input type="checkbox"/> Dipendente		
	Nome e indirizzo della banca:				
	N° del conto bancario o CCP				
<b>11. Osservazioni</b>					

Luogo e data :

Timbro e firma :

**Delle società di Groupe Mutuel Holding SA :**

Avenir Assicurazione Malattia SA / Easy Sana Assicurazione Malattia SA / Mutuel Assicurazione Malattia SA / Philos Assicurazione Malattia SA  
SUPRA-1846 SA / AMB Assicurazione SA / Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA / Groupe Mutuel Vita GMV SA

**Fondazioni amministrate da Groupe Mutuel Services SA :** Mutuelle Neuchâteloise Assicurazione Malattia

Rue des Cèdes 5 – 1920 Martigny  
www.groupemutuel.ch