

Dichiarazione d'incapacità lavorativa malattia dell'assicurato

Incarto n°:

1. Cognome e nome:	Data di nascita:	N° AVS (13 cifre):
Via:	Nazionalità: Tipo di Permesso:	Soggetto all'imposta alla fonte? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
CAP Domicilio:	N° tel.:	Email:
2. Dati professionali	Attività professionale abituale: <input type="checkbox"/> Salariato (1) <input type="checkbox"/> Indipendente (2) <input type="checkbox"/> Disoccupato (3) <input type="checkbox"/> Senza attività lucrativa In funzione della o delle categorie segnate più sopra, voglia allegare una copia di: (1) la sua ultima scheda di salario di ogni datore di lavoro (2) il suo ultimo bilancio d'esercizio, decisione fissazione contributi AVS o dichiarazione fiscale (3) ultimo conteggio disoccupazione.	
3. Periodo dell'incapacità	Incapacità lavorativa dal _____ al _____ al _____ % dal _____ al _____ al _____ % dal _____ al _____ al _____ % Ripresa totale del lavoro il: _____ o durata prevedibile dell'incapacità in giorni: _____	
4. Causa dell'incapacità	<input type="checkbox"/> malattia <input type="checkbox"/> infortunio <input type="checkbox"/> malattia professionale <input type="checkbox"/> maternità, termine previsto: _____ Genere di malattia / lesione: _____ Si tratta di una ricaduta di un precedente periodo d'incapacità? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, quella del: _____	
5. Limitazioni	Descrizione dettagliata delle attività professionali che non è più in grado di svolgere attualmente : _____	
6. Seguito medico	Nome e indirizzo del suo medico curante: _____ Data della 1ª consultazione: _____ Data della prossima consultazione: _____ Se è stato(a) ospedalizzato(a): dove? _____ quando? _____ Se operato(a) : dove? _____ quando? _____ Altri medici consultati: _____	
7. Altre prestazioni d'assicurazioni	Si è già annunciato(a) all'AI? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, presso l'Ufficio AI del canton: _____ In caso negativo, prevede di farlo prossimamente? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì Qualora avesse diritto o avesse fatto valere un diritto a delle indennità giornaliere o a una rendita, voglia apporre una croce sull'assicuratore in questione e allegare una copia dell'ultimo conteggio d'indennità giornaliera e/o dell'ultima decisione di rendita: <input type="checkbox"/> AI / AVS <input type="checkbox"/> SUVA o altro assicuratore LAINF <input type="checkbox"/> assicurazione personale/privata <input type="checkbox"/> Assicurazione militare <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> Assicurazione disoccupazione <input type="checkbox"/> altro: Una delle assicurazioni summenzionate le ha notificato una limitazione, un rifiuto o un esaurimento in merito alle prestazioni? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì (prego allegare alla presente dichiarazione una copia di tale decisione)	
Con la sua firma, la persona assicurata, rispettivamente il suo rappresentante legale, dichiara di aver risposto in maniera completa e veritiera alle domande poste più sopra e di collaborare all'istruzione dell'incarto nei confronti dell'assicuratore. In difetto di ciò, le prestazioni vengono rifiutate.		
Autorizzazione: La persona assicurata, qui sottoscritta, autorizza l'assicurazione perdita di guadagno malattia a trattare i dati necessari per definire il suo diritto alle prestazioni per il sinistro annunciato, fino alla revoca della presente procura. La stessa autorizza l'assicuratore a richiedere, in Svizzera e all'estero, documenti e informazioni utili alla gestione della pratica contenuti nell'incarto della persona assicurata in particolare presso gli assicuratori sociali o privati, i medici, gli ospedali e gli altri prestatori di cure, le autorità e i servizi comunali, cantonali e federali, altri terzi coinvolti nel caso (p.es. datore di lavoro). La sottoscritta li solleva espressamente dal segreto professionale e medico in merito alle informazioni relative all'evento o che hanno ripercussione riguardo all'incapacità lavorativa. La persona assicurata autorizza inoltre l'assicurazione perdita di guadagno malattia a delegare, se necessario, una società specializzata o degli esperti medici domiciliati in Svizzera o all'estero, per ottenere direttamente le informazioni complementari indispensabili per trattare i casi. A tal fine, l'assicuratore ha il diritto di trasmettere i dati personali necessari. La sottoscritta autorizza l'assicurazione perdita di guadagno malattia a trasmettere i dati utili al suo datore di lavoro, all'ufficio AI competente, alla cassa pensione o agli assicuratori sociali e privati interessati, al fine per esempio di ampliare le sue possibilità di reinserimento nella vita professionale, eventualmente nell'ambito di un rilevamento tempestivo secondo la Legge sull'Assicurazione Invalidità. La persona assicurata autorizza, infine, l'assicurazione perdita di guadagno malattia a ottenere il rimborso di un'eventuale sovraindennizzazione o degli anticipi, direttamente da un altro assicuratore privato o sociale (LAI, LAINF, LAM o LPP), come pure a presentare ricorso nei confronti di questi assicuratori.		

Luogo e data:

Firma: