Avenir Assicurazione Malattia SA – Easy Sana Assicurazione Malattia SA
Mutuel Assicurazione Malattia SA – Philos Assicurazione Malattia SA – SUPRA-1846 SA
AMB Assicurazioni SA – Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA
Mutuel Assicurazioni SA – Groupe Mutuel Vita GMV SA
Fondazioni amministrate dal Groupe Mutuel:
Groupe Mutuel Previdenza-GMP – Mutuelle Neuchâteloise Assicurazione Malattia

Certificato medico d'incapacità

N° dell'incarto (da completare dall'assicuratore)

1. Assicurato	Cognome e nome	Data di nascita	
	Via	N° tel.	N° d'assicurazione
	CAP Domicilio	Attività professionale svolta abitualmente	
2. Datore di lavoro	Cognome e indirizzo (si prega precisare il CAP)		

3. Inizio dell'incapacità	Giorno/Mese/Anno	Ora/minuti	Durata prevedibile a vostra conoscenza

Indicazione per l'assicurato

La preghiamo di volere iscrivere il numero d'assicurazione, che figura nelle nostre lettere, sul presente formulario come pure su tutti gli eventuali scambi di corrispondenze.

Il presente « Certificato medico d'incapacità » deve essere completato dal suo medico ad ogni visita. **Una copia dovrà essere rimessa alla cassa ogni mese e questo al fine di permetterci di effettuare un acconto delle prestazioni per la perdita di guadagno.** La invitiamo a conservare l'originale fino alla fine dell'interruzione lavorativa, e ritornarlo alla cassa nei tempi più brevi.

L'assicurato deve comunicare immediatamente ogni modifica del tasso d'incapacità lavorativa.

Iscrizioni del medico

☐ Malattia ☐ Infortunio ☐ Malattia professionale ☐ Maternità, termine previsto: _____

Data		Incapacità al lavoro		
Della prossima visita	Della visita effettuata	Grado	A partire dal	Firma del medico

Data		Incapacità al lavoro		
Della prossima visita	Della visita effettuata	Grado	A partire dal	Firma del medico

Il trattamento medico è concluso il:

Timbro del medico