



CSS

Assicurazione

Notifica d'inabilità lavorativa

Le assicurazioni d'indennità giornaliera in caso di malattia per aziende

Vogliate far valere i vostri diritti entro cinque giorni dalla scadenza del differimento concordato, al più tardi entro 30 giorni dall'inizio dell'incapacità lavorativa. Vogliate cortesemente allegare l'attestato d'inabilità lavorativa o il certificato d'inabilità lavorativa.

1 Contraente

Ditta	N° partner	N° polizza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via/N°	E-Mail	NPA/Località
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Persona di contatto	Telefono	Fax
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2 Generalità

2.1 Persona assicurata

Nome	Cognome	Numero cliente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via/N°	NPA/Località	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numeri di telefono		Sesso
Privato <input type="text"/>	Natel <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Femminile <input type="checkbox"/> Maschile
Numero AVS	Nazionalità	Permesso di soggiorno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Altro
Imposta alla fonte	Lingua di corrispondenza	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> Tedesco <input type="checkbox"/> Francese <input type="checkbox"/> Italiano	
Data dell'assunzione	Rapporto di lavoro	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Non disdetto <input type="checkbox"/> Disdetto a partire dal <input type="text"/>	

2.2 Attività professionale

Attività professionale attuale	Ramo professionale
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Si tratta di attività	<input type="checkbox"/> In piedi <input type="checkbox"/> Seduta <input type="checkbox"/> Ambedue
	<input type="checkbox"/> Amministrativa <input type="checkbox"/> Fisica <input type="checkbox"/> Con sollevamento di pesi
Orario di lavoro	
<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Irregolare <input type="checkbox"/> Lavoro ad orario ridotto <input type="checkbox"/> Orario di lavoro settimanale usuale nell'azienda <input type="text"/> ore/settimana <input type="text"/> Tasso di attività in %	
Altri datori di lavoro	
Nome	Indirizzo
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.3 Cerchia di persone

<input type="checkbox"/> Titolare	<input type="checkbox"/> Impiegata/o	<input type="checkbox"/> Impiegata/o a tempo parziale	<input type="checkbox"/> Membro della famiglia
<input type="checkbox"/> Ausiliaria/o	<input type="checkbox"/> Apprendista	<input type="checkbox"/> Pensionata/o	<input type="text"/>

2.4 Salario

Salario (CHF)

Salario base sec. contratto incl. indennità di rincarò (lordo)

All'ora

Al mese

All'anno

Assegni per bambini e familiari indicare solo se assicurati

Indennità per ferie o festività

%

Gratifica, 13^a mensilità

%

Ulteriori salari

Quali

Sottostà all'obbligo di versare i contributi AVS

2.5 Altre prestazioni assicurative

La persona assicurata percepisce o ha diritto a prestazioni derivanti da assicurazioni sociali (AVS, assicurazione invalidità, assicurazione malattie, assicurazione militare, assicurazioni infortuni, assicurazione contro la disoccupazione) o da assicurazioni private anche estere, o sono state fatte richieste in tal senso?

No

Sì (la preghiamo allegare un giustificativo)

Nome, indirizzo dell'assicurazione

Tipo di prestazione

3 Inabilità lavorativa

Inabilità lavorativa a causa di

Malattia

Infortunio

Malattia professionale

Maternità

Termine di nascita previsto

Dati inerenti alla malattia*

Dolori di schiena

Disturbi psichici

Malattie cardiocircolatorie

* Il datore di lavoro ha l'obbligo di informare il dipendente sulla trasmissione delle informazioni.

Tumore

Altre

Ricaduta

No

Sì

Quale

Ultimo giorno lavorativo prima dell'inabilità lavorativa

Grado dell'inabilità lavorativa

%

dal

al

%

dal

al

Probabile durata dell'inabilità lavorativa

Giorni

Nome, indirizzo del medico curante

Desidera ulteriori chiarimenti?

Sì

No

Comunicazioni importanti e osservazioni

Località

Data

Timbro, firma della/del contraente

Indirizzo dell'assicuratore:

CSS Assicurazione, Supporto Indennità Giornaliera Ticino (LUTT), Casella Postale 2550, 6002 Lucerna