

Notifica di malattia Assicurazione collettiva d'indennità giornaliera		Vers. n.		
1. Impresa Nome e indirizzo con CAP	Telefono	Polizza n.		
	Responsabile (nome/cognome, n. telefono, indirizzo e-mail)			
	Posto di lavoro usuale della persona malata (ramo d'azienda)			
2. Persona ammalata Nome e indirizzo con CAP Soggetto all'imposta alla fonte:	Data di nascita	N. AS / N. AVS		
	Telefono (se disponibile)	Nazionalità		
	Stato civile	Sesso		
3. Impiego Data dell'assunzione	Professione svolta	Gruppo/cerchia di persone		
	Qualifica: <input type="checkbox"/> Quadro superiore <input type="checkbox"/> Quadro medio <input type="checkbox"/> Impiegato/operaio <input type="checkbox"/> Apprendista <input type="checkbox"/> Praticante Rapporto: <input type="checkbox"/> Contratto a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Contratto a tempo determinato <input type="checkbox"/> Risoluzione del rapporto di lavoro			
	Orario di lavoro del/la malato/a, ore/settimana		Grado di occupazione come da contratto: ...%	
	Orario di lavoro aziendale: ore settimanali		Occupazione:	
4. Evento				
5. Inabilità lavorativa	Lavoro interrotto per malattia? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		Se sì, da quando?	
	Durata presumibile incapacità lavorativa:		Se il lavoro è già stato ripreso: % Da quando? <input type="checkbox"/> totalm. <input type="checkbox"/> in parte	
6. Indirizzi dei medici	Primo medico/ospedale		Medico/ospedale successivo	
7. Salario Salario di base contrattuale incl. carovita (lordo) Indennità figli/famiglia Indennità vacanze/giorni festivi Gratifica/tredicesima Supplementi di salario (p. es. lavoro a cottimo, provvigione, retrib. in natura, indennità di turno) Denominazione:	CHF per	all'ora	al mese	all'anno
8. Altre assicurazioni	L'assicurato ha già diritto a un'indennità giornaliera o rendita da: cassa malati, Suva o altra assicurazione infortuni obbligatoria, assicurazione invalidità, assicurazione vecchiaia e superstiti, istituto di previdenza professionale, assicurazione militare, cassa disoccupazione o ad un'indennità in caso di maternità? Se sì, dove?			
9. Osservazione per l'assicuratore				

La persona ammalata autorizza la CONCORDIA a trattare i dati necessari per il trattamento del caso. Essa autorizza inoltre la CONCORDIA a prendere visione degli atti ufficiali, giuridici, medici e altri, per quanto necessario all'accertamento del sinistro e scioglie in tale contesto i medici curanti e gli specialisti dal segreto professionale. Essa autorizza inoltre la CONCORDIA a comunicare i dati noti di questo evento all'interno della CONCORDIA per il trattamento del caso. L'accordo per il trattamento dei dati può essere revocato in qualsiasi momento.

Luogo e data

Firma del contraente

Firma della persona ammalata

Inviare a: CONCORDIA