

Notifica di malattia

Numero di membro: _____

Assicurazione indennità (notifica di assicurazione indennità individuale compilare solo le posizioni No 2;4;5 e 7)

1. datore di lavoro: Nome
 indirizzo
 No. telefonico / posto di lavoro dell'ammalato.....

2. ammalato/a: No AVS..... Data di nascita.....
 Cognome/Nome.....
 Indirizzo.....
 No. telefonico..... assicurazione malattia.....

3. impiego: data inizio impiego.....
 contratto illimitato contratto limitato apprendista
 Orario di lavoro normale dell'azienda(ore/settimana).....
 Orario di lavoro dell'ammalato ore/settimanali giorni/settimanali.....
 Giorni lavorativi usuali dell'ammalato: LU MA ME GI VE SA
 (se impiegato irregolarmente, indicare le ore o i giorni di lavoro settimanali)

4. inizio della malattia: inabilità al lavoro (percento).....
Giorno della ripresa del lavoro:

5. indirizzo del medico.....

6. salario

Salario	%	Fr. pro	ora	mensile	annuale
Salario base					
Vacanze/ind. giorni festivi				-----	-----
Tredicesima				-----	
Assicurazione di indennità individuale: reddito annuo				-----	

7. Altre assicurazioni/prestazioni

L'assicurato ha diritto o percepisce già di una indennità presso:
 assic. infortunio AVS/AI assic. militare disoccupazione assicurazione malattia privata
 Previdenza professionale (LPP) nessuna altra assicurazione

Nome e indirizzo dell'assicurazione: No. polizza/importo ind. giorno (allegare copia del conteggio)

p.f. allegare certificato medico

Luogo e data:

Timbro e firma

Genossenschaft
Krankengeldversicherung JardinSuisse
Bahnhofstrasse 94
5000 Aarau