

Avviso d'incapacità di guadagno da compilare dal datore di lavoro

Datore di lavoro

Ragione sociale: _____ N° di contratto.: _____

Persona assicurata

Cognome: _____ N° assicurazione sociale: 756. _____

Nome: _____ Data di nascita: _____

Indirizzo: _____ Stato civile: _____

CAP/Luogo: _____ Professione: _____

Dati del sinistro

L'incapacità di guadagno è dovuta a: una malattia un infortunio

Decorrenza dell'incapacità di guadagno: _____

Periodi d'incapacità di guadagno: _____ % dal _____ al _____

_____ % dal _____ al _____

_____ % dal _____ al _____

Il sinistro è stato notificato a: l'assicurazione perdita di guadagno malattia l'assicurazione infortuni

Assicuratore: _____

Indirizzo: _____

CAP/Luogo: _____

N° di sinistro: _____

Salario annuo prima dell'incapacità *: CHF _____

Disdetta dei rapporti di lavoro: sì, data _____ no

Allegati

Certificati d'incapacità lavorativa

Conteggio delle indennità giornaliere malattia

Conteggio delle indennità giornaliere infortunio + dichiarazione d'infortunio

*In caso di salario orario, accludere i conteggi del salario degli ultimi dodici mesi prima dell'incapacità

Osservazioni

Luogo e data:

Timbro e firma del datore di lavoro: