

**Sympany Assicurazioni SA**

Peter Merian-Weg 4
4002 Basilea
Telefono 0800 955 000
Fax 0800 955 999
www.sympany.ch

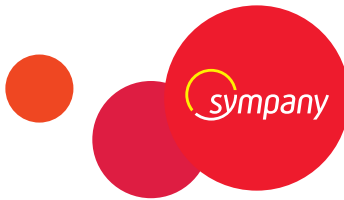
Annuncio di malattia/maternità

1. Impresa	Nome e indirizzo con NPA _____ _____ _____	Telefono _____ No. contratto/polizza _____ Responsabile (nome/cognome, telefono, e-mail) _____ _____ Posto di lavoro usuale della persona malata (ramo d'azienda) _____																				
2. Persona ammalata	Nome e indirizzo con NPA _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Imposta alla fonte <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femminile	Data di nascita _____ No. AS / no. AVS _____ Telefono (se disponibile) _____ Nazionalità _____ Figli fino a 18 anni o in formazione a 25 anni (numero) _____ Stato civile _____																				
3. Impiego	Data d'ingresso nell'impresa _____	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 della persona malata: (ore settimanali) _____ Grado di occupazione come da contratto: _____ Orario di lavoro aziendale: (ore settimanali) _____ Impiego: _____																				
4. Evento	<input type="checkbox"/> Malattia <input type="checkbox"/> Maternità	Inizio della malattia/termine prevedibile della nascita _____																				
5. Inabilità lavorativa	Lavoro interrotto per malattia/maternità <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, da quando? _____ Durata prevista: _____ Se il lavoro è già stato ripreso: _____ Da quando? _____																					
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 Gratifiche/tredicesima (e altro) Supplementi di salario (ad. es. lavoro a cottimo, provvigione, retrib. in natura, indennità di turno). Denominazione: _____	<table border="1"><thead><tr><th>CHF per</th><th>Ora</th><th>Mese</th><th>Anno</th></tr></thead><tbody><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr></tbody></table>	CHF per	Ora	Mese	Anno	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
CHF per	Ora	Mese	Anno																			
_____	_____	_____	_____																			
_____	_____	_____	_____																			
_____	_____	_____	_____																			
_____	_____	_____	_____																			
8. Indennità giornaliera da versare sul seguente conto bancario/postale:	Nome del titolare del conto _____ Conto bancario _____ Nome e luogo della banca _____ Conto postale _____ No. Clearing/No. di conto postale della banca _____ No. di conto _____																					
9. Altre assicurazioni	L'infortunato 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, di quale assicurazione? _____ _____																					
10. Osservazione per l'assicurazione	_____ _____ _____																					

Luogo e data

Firma del datore di lavoro



**Sympany Assicurazioni SA**

Peter Merian-Weg 4
4002 Basilea
Telefono 0800 955 000
Fax 0800 955 999
www.sympany.ch

Attestato medico

Sympany Assicurazioni è vincolata alla segretezza della diagnosi medica!

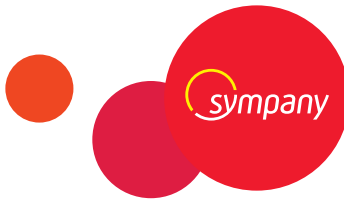
1. Impresa	Nome e indirizzo con NPA _____ _____ _____	Telefono _____ No. contratto/polizza _____ Responsabile (Nome/cognome, telefono, e-mail) _____ _____ Posto di lavoro usuale della persona malata (ramo d'azienda) _____
2. Persona assicurata	Nome e indirizzo con NPA _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Imposta alla fonte <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femminile	Data di nascita _____ No. AS/no. AVS _____ Telefono (se disponibile) _____ Nazionalità _____ Figli fino a 18 anni o in formazione a 25 anni (numero) _____ Stato civile _____
3. Diagnosi	<input type="checkbox"/> Malattia <input type="checkbox"/> Malattia prof. <input type="checkbox"/> Maternità <input type="checkbox"/> Infortunio	ICD-Code: _____ _____ _____
4. Prognosi	_____ _____ _____	
5. Inizio dei sintomi	_____ _____ _____	
6. Inizio del trattamento	Data _____ Se sì, da quando? _____	L'infermità esisteva già in precedenza? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
7. Inabilità lavorativa	<input type="checkbox"/> Totalmente inabile al lavoro di _____ fino al _____ al _____ % <input type="checkbox"/> Parzialmente inabile al lavoro di _____ fino al _____ al _____ % di _____ fino al _____ al _____ %	
8. Ripresa del lavoro	presumibilmente _____ <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No dal _____ al _____ % Sono ammissibili dei lavori meno pesanti? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, quali e da quando? _____ (p. e. faccende domestiche, amministrativo, ecc.) _____	
9. Da parte vostra esistono dubbi al incapacità di lavoro?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Se sì, per quali? _____ _____
10. Devono essere eseguite altre chiarificazioni?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Se sì, quali e da chi? _____ _____
11. Ha compilato un certificato anche per altre assicurazioni?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Se sì, per quali? _____ È stata effettuata una iscrizione all'AI? <input type="checkbox"/> Sì/data: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Per rieducazione scolastica <input type="checkbox"/> Per pensione
12. Osservazioni	_____ _____ _____	

Luogo e data

Timbro e firma del medico

Per non ritardare il pagamento d'indennità giornaliera per la persona assicurata
La preghiamo di rinviare il rapporto intermediario compilato e segnato entro 7
giorni al medico di fiducia della Sympany.





Sympany Assicurazioni SA

Peter Merian-Weg 4
4002 Basilea
Telefono 0800 955 000
Fax 0800 955 999
www.sympany.ch

Controllo giorni malattia

Impresa	Nome e indirizzo con NPA	Telefono	No. contratto/polizza
		Responsabile (nome/cognome, telefono, e-mail)	
		Posto di lavoro usuale della persona malata (ramo d'azienda)	

Persona ammalata	Nome e indirizzo con NPA	Data di nascita	No. AS / no. AVS
		Telefono (se disponibile)	Nazionalità
	<input type="checkbox"/> Imposta alla fonte	Figli fino a 18 anni o in formazione a 25 anni (numero)	Stato civile
	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femminile		

Evento	<input type="checkbox"/> Malattia <input type="checkbox"/> Maternità	Inizio della malattia/termine prevedibile della nascita
---------------	--	---

Inabilità lavorativa	Lavoro interrotto per malattia/maternità	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Se sì, da quando?
	Durata prevista	Se il lavoro è già stato ripreso: Da quando?	

Indicazione per la persona malata

Questo certificato non costituisce riconoscimento di una responsabilità dell'assicurazione.
Cambio di medico. Se dovesse cambiare medico, lo comunichi immediatamente all'assicurazione.

Un'incapacità lavorativa viene registrata dal medico sul certificato d'incapacità lavorativa.
Gli assicurati parzialmente abili al lavoro devono attenersi all'orario normale dell'impresa, a meno che, per motivi speciali, il medico disponga diversamente (vedi riquadro in basso a sinistra).*

Annotazioni del medico Data della effettuata visita	Grado	Inabilità lavorativa		Firma del medico
		Valido dal	fino al	

* Abilità parziale: Ev. osservazioni

1) % cioè Ore/giorno al %
 2) % cioè Ore/giorno al %
 3) % cioè Ore/giorno al %

La cura medica è terminata il

Medicamenti ritirati presso (nome e indirizzo della farmacia):

Timbro e firma del medico

Va a: Malata/o → Impresa → Sympany

