

Annuncio d'indennità giornaliera del lavoratore autonomo

Pagina 1/2

Malattia	Infortunio/malattia professionale	Maternità, data prevista per il parto	Ricaduta
----------	-----------------------------------	---------------------------------------	----------

Dati personali

Cognome	Nome
Indirizzo	NPA, luogo
	Data di nascita
	No. d'assicurato
No. tel.	No. AVS

Attività

Attività professionale abituale

Ore a settimana regolare irregolare

Dati sulla malattia/sull'infortunio

Causa della malattia

In caso di infortunio/malattia professionale si prega di descrivere i fatti.

Inizio dell'inabilità lavorativa

Durata prevista

Qualora venga ripreso il lavoro, in quale data?

totalmente

parzialmente al %

Ha già sofferto in precedenza della stessa malattia?

Sì, quando?

No

Se sì, quale assicurazione era responsabile in quel caso?



Annuncio d'indennità giornaliera del lavoratore autonomo

Pagina 2/2

Indirizzo del medico

Medico o ospedale/clinica per il primo trattamento

Medico o ospedale/clinica per il trattamento consecutivo

Impiego esterno

Esiste un impiego esterno? Sì No Se sì, si prega di allegare il rendiconto del salario degli ultimi 12 mesi.

Datori di lavoro

Altre prestazioni delle assicurazioni sociali

L'infortunato/a ha già diritto a 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?

Se sì, di quale assicurazione?

Luogo e data

