Certificato d'inabilità lavorativa (Indennità giornaliera)

☐ **Incidente** * Assicurazione:

☐ **Malattia** * No del caso:

☐ Il caso **non** é stato annunciato alla assicurazione

* Si informi presso il suo datore di lavoro oppure presso la sua assicurazione, per quali prestazioni lei é assicurato.

Persona assicurata: Cognome: Nome:

Via: CP, Località:

No. assicurazione sociale: Sesso: ☐ Data di nascita:

Impresa (nome/indirizzo):

Impiegato dal: Licenziato: ☐ No ☐ Si, a partire dal:

Durata settimanale di lavoro (ore): Durata di lavoro usuale nell'impresa a tempo pieno: ore settimanali:

Oppure grado di occupazione in %: Commento:

Lavoro eseguito sino all'inizio dell'inabilità lavorativa:

Particolarità dell'attività attuale

Attività principalmente:	Sforzo fisico:	Sforzo mentale:	Osservazioni particolari:
☐ seduto ☐ camminando ☐ in piedi ☐ alternante	☐ grande ☐ medio ☐ modesto	☐ grande ☐ medio ☐ modesto	

Impresa:

Data: Firma:

Persona da contattare nell'impresa:

Tel. diretto:

Mail diretto:

Da compilare dal datore di lavoro

Inabilità lavorativa (deve essere selezionata dall primo giornio) a partire dal:

Consultazione del:	Esigibile: Capacità di lavoro (in % del lavoro usuale):	Esigibile: Presenza sul posto di lavoro (ore giornaliere):	Inabilità lavorativa: dal …	Inabilità lavorativa: al …	Ev. IL in %:	Prossima consultazione prevista il:	Firma del medico:

Ripresa del lavoro al 100% a partire dal:

Commento:

Medico:

Data: Firma:

An. rilevamento tempestivo AI: ☐ consigliato ☐ effettuato il:

Da compilare dal medico curante (Se si tratta di un nuovo medico, deve essere riempito un nuovo formulario d'indennità giornaliera)

Se è utilizzata solo la forma maschile, si riferisce sia alle donne sia agli uomini.

Swiss Insurance Medicine
Interessengemeinschaft Versicherungsmedizin Schweiz
Communauté d'intérêts suisse de la médecine des assurances
Comunità d'interessi svizzera medicina assicurativa