

Dichiarazione di malattia

		No incarto			
1. Datore di lavoro	Nome e indirizzo con NPA	No di telefono	No. del contratto		

2. Assicurato/a	Cognome e nome	Data di nascita	No di telefono		
	Via	Nazionalità	Permesso di soggiorno		
	NPA Località	No AVS			
3. Quando l'assicurato/a ha lavorato per l'ultima volta prima della malattia?					
4. Il contratto di lavoro è: <input type="checkbox"/> in vigore <input type="checkbox"/> disdetto <input type="checkbox"/> disdetto per il:					
5.1 Attività esercitata dall'assicurato/a nella sua impresa: _____					
5.2 L'assicurato/a svolge dei compiti dirigenziali? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no					
5.3 L'assicurato/a effettua la sua attività principalmente: <input type="checkbox"/> in piedi <input type="checkbox"/> da seduto/a					
5.4 Principalmente di che tipo è l'attività dell'assicurato/a? <input type="checkbox"/> amministrativa <input type="checkbox"/> manuale					
5.5 L'assicurato/a deve sollevare/trasportare regolarmente dei pesi superiori a 5 Kg. <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no					
6. Data d'assunzione nell'impresa?		Genere di malattia:		<input type="checkbox"/> Durata dell' incapacità lavorativa inferiore a 30 giorni	
7. Indirizzo del medico		Primo medico/ospedale		Medico/ospedale successivo	
8. Orario di lavoro		giorno/settimana	ore/settimana	Ore/settimana fatte normalmente in ditta	
9. Salario (* se sottoposto AVS)		CHF	all'ora	al giorno	al mese
* Salario base (lordo)					all'anno
Indennità figli/famiglia					
* Indennità vacanze/giorni festivi _____ % o _____					
* Altre indennità (genere) _____					
* Gratificazioni/Tredicesima					
10. Prestazioni da altre assicurazioni sociali: L'assicurato/a percepisce già delle indennità giornaliere oppure una rendita: dall'assicurazione malattia, dalla Suva oppure da un'altra assicurazione infortuni obbligatoria, dall'assicurazione invalidità, dall'assicurazione vecchiaia e superstiti, dall'istituto di previdenza professionale, dall'assicurazione militare, dalla cassa di disoccupazione. In caso affermativo, da quale assicurazione/istituto?					
11. Versamento indennità giornaliera:		No CCP		Titolare del conto	
o					
Banca				Titolare del conto	
IBAN					
12. Autorizzazione					
Ho letto l'autorizzazione concernente il trattamento dei dati a tergo e l'accetto.					
Luogo / Data:			Firma dell'assicurato/a:		
_____			_____		
Luogo / Data:			Firma e timbro del datore di lavoro:		
_____			_____		

Dopo aver completato il formulario, vogliate staccare il certificato medico e indirizzarlo al più presto al medico curante.

Il/la sottoscritto/a assicurato/a autorizza la Basilese Assicurazione SA [Basilese Vita SA] (in seguito denominata «Basilese»), a utilizzare i propri dati personali nell'ambito della valutazione e della gestione del caso assicurativo in oggetto. In particolare, la Basilese è autorizzata a:

- trasmettere i dati a terzi coinvolti, all'interno del territorio nazionale e all'estero (ad es. coassicuratori e riassicuratori o Case Manager);
- esercitare eventuali azioni di rivalsa contro terzi responsabili (o contro i relativi assicuratori per la responsabilità civile) e comunicare a questi ultimi i dati necessari;
- richiedere informazioni utili presso fornitori di prestazioni mediche (medici, chiropratici, psicologi, persone che forniscono cure su prescrizione o indicazione medica, laboratori, ospedali, istituti che effettuano cure semiospedaliere o ambulatorie, case di cura), assicuratori sociali (AVS, AI, LAINF, LAMal) e privati, istituti di previdenza, uffici pubblici, datori di lavoro, testimoni e altre persone informate sui fatti, nonché consultare la loro documentazione.

Il/la sottoscritto/a autorizza le persone e istituzioni interpellate a comunicare alla Basilese qualora quest'ultima dovesse richiederlo, i dati necessari ai fini dell'esame e della gestione del caso assicurativo. Pertanto tali persone e istituzioni, sono esentate dall'obbligo di riservatezza.

Il suddetto esonero vale anche per la Basilese, in riferimento ai dati inoltrati a terzi ai fini della gestione del caso assicurativo.

Dichiarazione di malattia

(copia per il datore di lavoro)

No incarto

1. Datore di lavoro		Nome e indirizzo con NPA _____ _____ _____	No di telefono	No. del contratto		
2. Assicurato/a		Cognome e nome _____ Via _____ NPA Località	Data di nascita	No di telefono		
			Nazionalità	Permesso di soggiorno		
			No AVS			
3. Quando l'assicurato/a ha lavorato per l'ultima volta prima della malattia?						
4. Il contratto di lavoro è: <input type="checkbox"/> in vigore <input type="checkbox"/> disdetto <input type="checkbox"/> disdetto per il:						
5.1 Attività esercitata dall'assicurato/a nella sua impresa: _____						
5.2 L'assicurato/a svolge dei compiti dirigenziali? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no						
5.3 L'assicurato/a effettua la sua attività principalmente: <input type="checkbox"/> in piedi <input type="checkbox"/> da seduto/a						
5.4 Principalmente di che tipo è l'attività dell'assicurato/a? <input type="checkbox"/> amministrativa <input type="checkbox"/> manuale						
5.5 L'assicurato/a deve sollevare/trasportare regolarmente dei pesi superiori a 5 Kg. <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no						
6. Data d'assunzione nell'impresa?		Genere di malattia:			<input type="checkbox"/> Durata dell'incapacità lavorativa inferiore a 30 giorni	
7. Indirizzo del medico		Primo medico/ospedale		Medico/ospedale successivo		
8. Orario di lavoro		giorno/settimana	ore/settimana	Ore/settimana fatte normalmente in ditta		
9. Salario (* se sottoposto AVS)		CHF	all'ora	al giorno	al mese	all'anno
* Salario base (lordo)		_____				
Indennità figli/famiglia		_____				
* Indennità vacanze/giorni festivi _____ % o _____						
* Altre indennità (genere) _____						
* Gratificazioni/Tredicesima		_____				
10. Prestazioni da altre assicurazioni sociali: L'assicurato/a percepisce già delle indennità giornaliere oppure una rendita: dall'assicurazione malattia, dalla Suva oppure da un'altra assicurazione infortuni obbligatoria, dall'assicurazione invalidità, dall'assicurazione vecchiaia e superstiti, dall'istituto di previdenza professionale, dall'assicurazione militare, dalla cassa di disoccupazione. In caso affermativo, da quale assicurazione/istituto?						
11. Versamento indennità giornaliera:		No CCP o Banca IBAN	Titolare del conto			
			Titolare del conto			
12. Autorizzazione						
Ho letto l'autorizzazione concernente il trattamento dei dati a tergo e l'accetto.						
Luogo / Data:			Firma dell'assicurato/a:			
_____			_____			
Luogo / Data:			Firma e timbro del datore di lavoro:			
_____			_____			

Dopo aver completato il formulario, vogliate staccare il certificato medico e indirizzarlo al più presto al medico curante.

Va a: **Datore di lavoro**

Il/la sottoscritto/a assicurato/a autorizza la Basilese Assicurazione SA [Basilese Vita SA] (in seguito denominata «Basilese»), a utilizzare i propri dati personali nell'ambito della valutazione e della gestione del caso assicurativo in oggetto. In particolare, la Basilese è autorizzata a:

- trasmettere i dati a terzi coinvolti, all'interno del territorio nazionale e all'estero (ad es. coassicuratori e riassicuratori o Case Manager);
- esercitare eventuali azioni di rivalsa contro terzi responsabili (o contro i relativi assicuratori per la responsabilità civile) e comunicare a questi ultimi i dati necessari;
- richiedere informazioni utili presso fornitori di prestazioni mediche (medici, chiropratici, psicologi, persone che forniscono cure su prescrizione o indicazione medica, laboratori, ospedali, istituti che effettuano cure semiospedaliere o ambulatorie, case di cura), assicuratori sociali (AVS, AI, LAINF, LAMal) e privati, istituti di previdenza, uffici pubblici, datori di lavoro, testimoni e altre persone informate sui fatti, nonché consultare la loro documentazione.

Il/la sottoscritto/a autorizza le persone e istituzioni interpellate a comunicare alla Basilese qualora quest'ultima dovesse richiederlo, i dati necessari ai fini dell'esame e della gestione del caso assicurativo. Pertanto tali persone e istituzioni, sono esentate dall'obbligo di riservatezza.

Il suddetto esonero vale anche per la Basilese, in riferimento ai dati inoltrati a terzi ai fini della gestione del caso assicurativo.

Certificato medico di malattia

No incarto	
1. Datore di lavoro Nome e indirizzo con NPA _____ _____ _____	No di telefono _____ No. del contratto _____
2. Assicurato/a Cognome e nome _____ Via _____ NPA Località _____	Data di nascita _____ No di telefono _____ Nazionalità _____ Permessi di soggiorno _____ No AVS _____
3. Quando l'assicurato/a ha lavorato per l'ultima volta prima della malattia?	
4. Il contratto di lavoro è: <input type="checkbox"/> in vigore <input type="checkbox"/> disdetto <input type="checkbox"/> disdetto per il: _____	
5.1 Attività esercitata dall'assicurato/a nella sua impresa: _____ 5.2 L'assicurato/a svolge dei compiti dirigenziali? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no 5.3 L'assicurato/a effettua la sua attività principalmente: <input type="checkbox"/> in piedi <input type="checkbox"/> da seduto/a 5.4 Principalmente di che tipo è l'attività dell'assicurato/a? <input type="checkbox"/> amministrativa <input type="checkbox"/> manuale 5.5 L'assicurato/a deve sollevare/trasportare regolarmente dei pesi superiori a 5 Kg. <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
6. Origine dell'affezione? <input type="checkbox"/> malattia <input type="checkbox"/> gravidanza <input type="checkbox"/> infortunio	
7. Inizio del trattamento presso il suo studio medico?	
8. a) Diagnosi? _____ ICD-10-CODE: <input style="width: 50px;" type="text"/> b) Genere di cura? _____ c) Quando e in quale modo, secondo il/la paziente, si sono manifestati per la prima volta i disturbi? _____ d) Il/la paziente è già stato/a in cura medica per i disturbi summenzionati? _____ In caso affermativo, quando e presso quale medico? _____	
9. Nel caso d'incapacità lavorativa limitata: a) restrizione funzionale (dispensa)? Genere e durata presumibile? Genere: _____ dal: _____ al: _____ b) restrizione momentanea? Grado (indicato in % del tempo di lavoro) e durata presumibile? Grado: _____ dal: _____ al: _____ c) Esistono altre cause (p.es. trattamento) o motivi non medici (p.es. percorso di lavoro), che impediscono la ripresa del lavoro? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Motivo: _____ Importanza: _____	
10.1 Degli esami medici specialistici o dei soggiorni ospedalieri/di cura sono necessari? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Se sì, quali e dove? _____	
10.2 Vi sono da proporre dei provvedimenti (non a carattere medico) particolari? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Se sì, quali? _____	
11. Il presente certificato è un certificato finale? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se no, tra quanto il prossimo certificato? <input type="checkbox"/> tra 4 settimane <input type="checkbox"/> tra 3 mesi altro: tra _____ settimane	
12. Osservazioni: _____ _____ _____	
Luogo e data _____ Onorari: CHF _____	Timbro e firma del medico _____ _____ Le spese mediche non sono assicurate

