

Rapporto dell'assicurato

concernente la sua incapacità di lavoro/ di guadagno

Persona assicurata	Assicurazione no.
Nata il professione
Via	Contratto no.
C.a.p./luogo tel. no.....

A. Compilare in caso di malattia

- Indicazione della malattia
- Da quando accusa dei disturbi?
- Ha già sofferto precedentemente di questa malattia? No SI - Quando?

B. Compilare in caso d'infortunio

- Data, Luogo dell'incidente il ora Luogo
 - Causa e circostanze
 - Chi è il responsabile dell'infortunio? Nome
 - Indirizzo
 - Assicurazione R.C. presso
 - Esiste un rapporto di polizia? No SI, posto di polizia responsabile?
- Genere delle sue lesioni?
 - Genere del suo impedimento fisico?

C. Completare obbligatoriamente

- Quando ha consultato per la prima volta il medico o l'ospedale? data ora
 - Nome (reparto, indirizzo)
 - Indirizzo
 - Presso quale medico è attualmente in cura o sotto controllo? Nome
 - Indirizzo
 - Altri medici consultati per questa malattia o lesione Nome
 - Indirizzo
 - Malattie ed infortuni avuti negli ultimi 5 anni?

Genere?	Quando?	Nome	Medico indirizzo
.....
.....
.....

- Attività svolta immediatamente prima dell'incapacità lavorativa / di guadagno?
 - Attività esercitata?
 - Posizione gerarchica (es.capo ufficio, ecc.)?
 - Data d'inizio presso la ditta? Percentuale di lavoro: totale/parziale al%
 - Il rapporto di lavoro è stato sciolto? No SI - Quando?
- In quale misura è ridotta la sua attività professionale?
 - Dove si trova attualmente in cura? Nome
 - Indirizzo

c) Prima della malattia od infortunio è stato completamente abile al lavoro / al guadagno? Sì No
 Grado e durata della sua incapacità di lavoro / di guadagno? al.....% dal al
 al.....% dal al

4. a) Lei è assicurato contro gli infortuni? No Sì: Presso chi (nome, indirizzo)?
 le malattie? No Sì: Presso chi (nome, indirizzo)?

b) Possiede altre assicurazioni sulla vita? No Sì: Presso chi (nome, indirizzo)?

c) Ha annunciato il caso all'
 Ass.Infortuni (LAINF)? No Sì
 AI No Sì
 AMF No Sì
 Assicurazione disoccupazione (AD) No Sì

P.f. allegare la relativa documentazione (copia annuncio, conteggi indennità, rendita, ecc...)

d) Percepisce già delle prestazioni? No Sì: Da quando / Importo mensile?
 Indennità giornaliera Fr.

e) E' prevista una riforma professionale? No Sì: A partire dal?
 Durata?

f) E' prevista una ripresa dell'attività lavorativa? No Sì: Quando?
 al %?

g) Esercita attualmente un'attività lavorativa? No Sì: Quale?
 al %? Salario mensile CHF

presso chi Nome
 indirizzo

5. Modo di pagamento desiderato:
 Versamenti sul CCP No
 intestato a
 IBAN
 intestato a
 presso (nome e indirizzo della banca)

6. Osservazioni particolari

Dichiarazione della persona assicurata concernente lo scioglimento dal segreto medico:

Io sottoscritto,
 autorizzo con la presente la Basilese Vita SA, o le persone da lei incaricate, a richiedere presso medici, ospedali, altro personale medico ed autorità pubbliche, in particolare anche presso assicuratori infortuni, malattia e vita, l'Assicurazione Invalidità federale, l'Assicurazione Militare federale e l'Assicurazione Infortuni federale, tutte le informazioni ritenute necessarie per la valutazione del mio stato di salute anteriore, attuale e futuro. Sciolgo dal segreto medico le persone e gli istituti citati e li autorizzo a dare alla Basilese Vita SA, o alle persone da lei incaricate, tutte le informazioni desiderate.

Luogo e data Firma della persona assicurata

