



visana

AVVISO DI SINISTRO

Emesso il:
Trattato da:
Numero diretto:

D00 Assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera LAMal

La preghiamo di compilare l'avviso di sinistro in ogni sua parte e di rinviarlo immediatamente a Visana Assicurazioni SA.

Persona assicurata:		Data di nascita:							
Via:		Sesso (f/m):							
NAP e luogo:		N° d'assicurato:							
Copertura:	CHF	.— dal	giorno	CHF	.— dal	giorno	CHF	.— dal	giorno

Indicazioni sull'inabilità lavorativa	
Inabilità lavorativa:	Inizio: _____ Presumibile durata: _____
Motivo:	<input type="checkbox"/> malattia <input type="checkbox"/> infortunio/malattia professionale <input type="checkbox"/> maternità
Tipo di affezione:	_____
Nome e indirizzo del medico curante/ospedale:	_____ _____ _____
Ha sofferto già precedentemente della stessa malattia/delle stesse malattie? Quando?	_____
In caso affermativo: quale medico l'ha curata/o?	_____
Voglia allegare al presente avviso i certificati/referti medici di cui già dispone.	

Attività presso l'azienda	
Impiego dal:	<input type="checkbox"/> indeterminato <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> disdetto al _____
	<input type="checkbox"/> attività indipendente <input type="checkbox"/> casalinga / casalingo
	<input type="checkbox"/> disoccupata/o dal _____ <input type="checkbox"/> annunciata/o presso ADI _____
Datore di lavoro:	_____ Grado d'occupazione _____ %
Professione appresa:	_____
Breve descrizione dell'attuale attività professionale:	_____
Ripartizione percentuale dell'attività:	% in piedi % variata fisicamente: <input type="checkbox"/> leggera <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> pesante % seduta % amministrativa



visana

AVVISO DI SINISTRO

L'attività sollecita:	<input type="checkbox"/> la schiena?	<input type="checkbox"/> le spalle?	<input type="checkbox"/> entrambi?	<input type="checkbox"/> nessun carico su schiena/spalle
Devono essere sollevati regolarmente pesi oltre i 10 kg?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì	< ca.	volte al giorno
Domande aggiuntive per persone che esercitano un'attività lucrativa indipendente:				
È stato impiegato personale ausiliario?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì		
In caso negativo: chi si occupa dei lavori che vanno svolti?	_____			
La sua attività dipende dalla stagione?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì		

Altre assicurazioni

Per questo caso sussiste un diritto a prestazioni presso altre assicurazioni/casse-malati?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
In caso affermativo: presso quale assicurazione/cassa-malati?	_____	
Percepisce prestazioni dall'assicurazione contro la disoccupazione?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Percepisce prestazioni dall'assicurazione maternità (LIPG)?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
AVS n.:	_____	
Se vengono percepite prestazioni da altre assicurazioni, prego allegare una copia dei conteggi.		

Imposta alla fonte

Assoggettamento all'imposta alla fonte?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	In caso affermativo, AVS n.:
ZAR n.:	_____	Comune di domicilio _____	Cantone: _____

Con la sua firma autorizza vivacare SA e Visana Services SA a richiedere tutte le informazioni necessarie ai medici che la curano o l'hanno curata in passato e a prendere visione degli atti di altre assicurazioni incl. le assicurazioni sociali (AI/LAINF) e di altre casse-malati.

Luogo e data

Tel. per eventuali domande

Firma della persona assicurata o
del suo rappresentante legale



ATTESTAZIONE DI PERDITA DI GUADAGNO DA PARTE DEL DATORE DI LAVORO

Assicurazione d'indennità giornaliera LAMal

Visana Services AG
Centro della prestazioni Indennità giornaliera
Weltpoststrasse 19
3000 Bern 15

La ringraziamo per il pronto invio a Visana dell'attestazione di perdita di guadagno compilata in ogni sua parte.

D00 Assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera LAMal

Persona assicurata:	Data di nascita:
Via:	Sesso (f/m):
NAP e luogo:	N° d'assicurato:
Copertura: CHF .— dal giorno CHF .— dal giorno CHF .— dal giorno	

Indicazioni generali

Giorno in cui si è ammalata/o / Data dell'infortunio _____
Lasciato il lavoro il _____
Entrata nella ditta _____ Attività lavorativa _____
Assicuratore LAINF _____ N. di sinistro LAINF: _____
Salario mensile (lordo incl. 13ma) CHF _____ salario orario CHF _____ media ore settimanali _____

Continuazione del pagamento dello stipendio / Assicurazione d'indennità giornaliera

Pagamento dello stipendio / Com'è assicurata la persona in questione per la perdita di guadagno in caso di malattia? (coordinamento/evitare doppioni nei confronti di medici/assicurazioni e sovra indennizzi)

Esiste un'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera:

Nome e indirizzo dell'assicurazione: _____
Polizza n.: _____ Persona di contatto: _____
– La persona in questione percepisce l'intero salario dal _____ al _____
– A partire dal _____ (data) assicurata/o presso l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera
Ammontare in % e periodo d'attesa contrattuale: _ dal _____° giorno

Non sussiste un'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera:

Secondo quali disposizioni legali e contrattuali continua il pagamento dello stipendio?

Nome dell'assicurazione del 2° pilastro LPP (prego indicare l'indirizzo ed ev. il numero di polizza)

Prestazioni in caso di maternità

La persona assicurata ha diritto a prestazioni dall'assicurazione maternità (LIPG)? sì no
In caso affermativo: allegare una copia dei conteggi.

Imposta alla fonte

La persona assicurata è soggetta all'imposta alla fonte? sì no In caso affermativo, AVS n.: _____
ZAR n.: _____ Comune di domicilio: _____ Cantone: _____
Osservazioni _____

Luogo e data _____

Tel. per richieste _____

Firma e timbro del datore di lavoro _____

visana

SCHEMA DI CONTROLLO

Emesso il:
 Trattato da:
 Numero diretto:

D00 Assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera LAMal

Persona assicurata:	Data di nascita:
Via:	Sesso (f/m):
NAP e luogo:	N° d'assicurato:
Copertura: <u>CHF</u> . dal . giorno <u>CHF</u> dal . giorno <u>CHF</u> dal . giorno	

Indicazioni per la persona assicurata

La scheda di controllo resta in possesso della persona assicurata e deve essere presentata al medico per la registrazione dell'incapacità lavorativa.

In generale, la scheda di controllo deve essere presentata al medico ad ogni visita per la conferma dell'incapacità lavorativa. In caso di ripresa del lavoro o in caso d'incapacità lavorativa di lunga durata, la scheda di controllo deve essere trasmessa **mensilmente** alla Visana Services SA per il conteggio delle prestazioni.

Al termine dell'incapacità lavorativa, la scheda di controllo deve essere spedita alla Visana Services SA.

Annotazioni del medico curante

Data della visita		Incapacità lavorativa		Firma del medico	Data della visita		Incapacità lavorativa		Firma del medico
prossima	effettuata	grado %	valido dal		prossima	effettuata	grado %	valido dal	

Data della conclusione del trattamento medico _____

Ripresa dell'attività lavorativa al 100% il _____

Timbro del medico