



## NOTIFICA DI INCAPACITÀ DI GUADAGNO

Impresa affiliata : ..... N. contratto : .....

### Dati personali dell'assicurato/a

Cognome e nome : ..... Data di nascita : .....

N. AVS : ..... Sesso : ☐ M ☐ F

Indirizzo : .....

Tel. privato/cellulare : ..... Email : .....

Stato civile, dal : ..... ☐ celibe/nubile ☐ sposato/a ☐ divorziato/a  
☐ vincolato/a da un'unione domestica registrata ☐ unione domestica sciolta ☐ vedovo/a

### Informazioni sull'incapacità di guadagno e la situazione professionale :

Motivo dell'incapacità lavorativa : ☐ malattia ☐ incidente

Grado e durata ..... % dal ..... al .....  
..... % dal ..... al .....  
..... % dal ..... al .....

Nome e indirizzo del medico curante : .....

### allegare una copia dei certificati medici.

Situazione professionale :

- attività professionale esercitata prima dell'inizio dell'incapacità di guadagno: .....
- la persona assicurata potrà riprendere la stessa attività professionale: ☐ sì ☐ no
- il contratto di lavoro è o verrà disdetto? ☐ sì ☐ no

Se sì, indicare la data di fine del contratto di lavoro: .....

### Informazioni concernenti le assicurazioni :

☐ assicuratore per perdita di guadagno malattia (nome e indirizzo) : .....

☐ assicurazione infortuni (LAINF) (nome e indirizzo) : .....

Allegare copia dell'annuncio all'assicurazione perdita di guadagno e dei conteggi delle indennità giornaliere.

Luogo e data : ..... Timbro, firma del datore di lavoro : .....